

Suicidalität bei Alkoholismus

Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Einweisung
vor dem 30. Lebensjahr

von

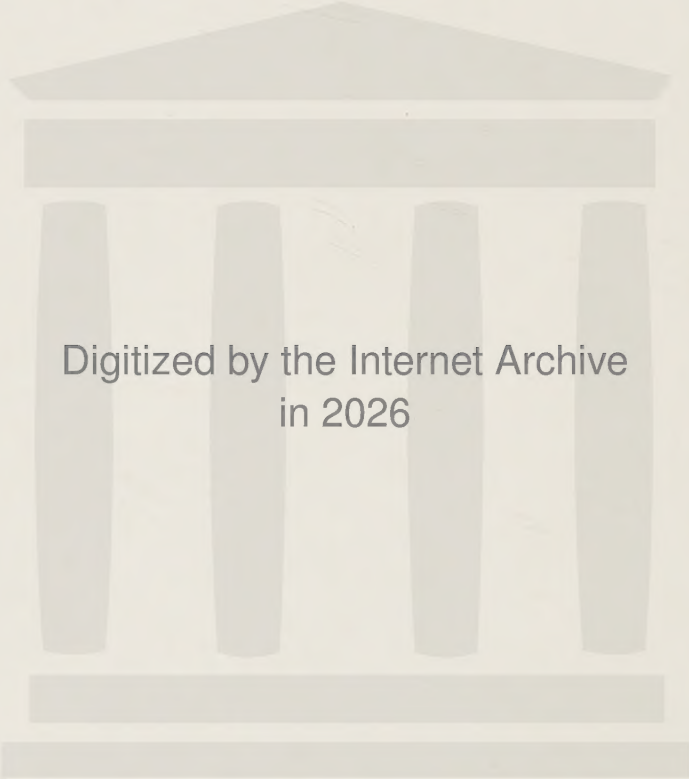
Thomae Charitantis

aus

Thessaloniki/Griechenland

*Diss. Erlangen
1984*

1984 № 176



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546228_0030

Aus dem Nervenkrankenhaus
des Regierungsbezirks Oberfranken in Bayreuth
Direktor: Professor Dr. F. BÖCKER

Suicidalität bei Alkoholismus

Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Einweisung
vor dem 30. Lebensjahr

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Thomae Charitantis

aus

Thessaloniki/Griechenland

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf
Referent: Prof. Dr. F. Böcker
Korreferent: Prof. Dr. E. Lungershausen
Tag der mündlichen Prüfung: 20.03.1984

Meinen Eltern gewidmet

Dem Andenken

unserer geliebten Oberschwester

Maria Vogel

Herrn Prof. Dr. FELIX BÖCKER danke ich für die Überlassung des Themas und die Beratung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Priv. Doz. Dr. J. BENOS, bin ich für seine freundliche Unterstützung sehr verbunden.

Durch Unterstützung in Fragen der statistischen Auswertung leistete Frau Dipl.-Psych. S. BURBACH wertvolle Hilfe.

Für die Auswertung der Testpsychologie, danke ich Frl. M. DANIEL p.p. Assistentin an der Nervenklinik Erlangen - Nürnberg.

Meinem Mann und Kollegen danke ich für die ständige enge Zusammenarbeit.

Frau H. CICCOPEDI danke ich für die Ausfertigung der Reinschrift.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Zur Durchführung der Untersuchung	7
3. Ergebnisse	11
3.1. Grundauszählung	12
3.1.1. Geschlecht und Alter	
3.1.2. Soziologische Daten	17
3.1.3. Alkoholismusrelevante Merkmale	32
3.1.4. Suicidalitätsfaktoren	41
3.1.5. Ergebnisse der Tests und Fragebogen	49
3.2. Bedingungsfaktoren der Suicidalität	53
4. Diskussion	71
5. Zusammenfassung	82
6. Literaturverzeichnis	83

1. Einleitung

=====

Unter dem Begriff "Suicid" verstehen wir im allgemeinen den Akt des Selbstmordes, bzw. der Selbsttötung.

Es ist erschreckend, hält man sich vor Augen, in welchem Ausmaß der Suicid offensichtlich zum "Alltagsgeschehen" gehört (STENGEL (32)). Nach HUBER (19) unternehmen laut Schätzungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) auf der ganzen Welt jährlich etwa 1/2 Million Menschen, in der Bundesrepublik etwa 13.000 Personen (20 auf 100.000 Einwohner) Suicid, der somit die dritthäufigste Todesursache im Alter zwischen 15 und 45 Jahren darstellt.

Die Suicidversuche sind noch 5 - 10 mal häufiger als Suicide, wobei von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muß.

Untersuchungen von LUNGERSHAUSEN (22) ergaben, daß in der Bundesrepublik pro Tag 37 Personen durch Suicid sterben, und mehr als 275 Personen Suicidversuche unternehmen.

Die Art und Weise, wie sich Menschen umbringen, ist von Land zu Land verschieden und unterscheidet sich zusätzlich nach persönlichkeitsrelevanten Merkmalen.

Generell weisen die Statistiken aus, daß die Selbstmordquote bei Männern höher liegt als bei Frauen (RUEGSEGGER (27)). RUCH und ZIMBARDO (26)) geben an, daß in der Bundesrepublik im Jahr 1970 der Anteil der Männer an den vollendeten Suiciden 63% (Jahrbuch 1972 des statistischen Bundesamtes) betrug, dies entspricht also fast einem Verhältnis von 2 zu 1.

Bei den Suicidversuchen dagegen überwiegen die Frauen bei weitem.

Bei dem Suicid handelt es sich zu allen Zeiten der Geschichte und in allen Teilen der Welt um ein ubiquitäres Phänomen (GRUHLE (16)). Bereits aus der antiken Welt werden laut SIMSON (28) Selbstmorde berichtet: Berühmte Namen wie die griechische Dichterin SAPPHO, der Stoiker ZENO, aus dem römischen Reich, von den Germanen und allen anderen erdenklichen Kulturen.

Laut BÖCKER (3) wurde unter dem Einfluß des christlich- abendländischen Weltbildes in Europa der Selbstmord als schwere Sünde verworfen. In England wurden sogar bis in dieses Jahrhundert hinein Menschen, die einen Selbstmordversuch überlebten, strafrechtlich verfolgt.

Erst die Fortschritte der Psychiatrie haben zunehmend erkennen lassen, daß Selbstmord oft eine Krankheitsfolge ist (GAUPP (14)). Einem Menschen, der sich mit Selbstmordgedanken beschäftigt oder gar einen Selbstmordversuch unternimmt, läßt sich nur gerecht werden, wenn man seine Lebensgeschichte und seine Motive sorgfältig untersucht (RINGEL (24,25)).

RINGEL widerspricht unter anderem der oft geäußerten Meinung, wer von Suicid spreche, führe ihn nicht aus. Er verdeutlicht dies nach HUBER (19) durch das Modell des "präsuicidalen Syndroms":

1. Der Betreffende zieht sich passiv auf sich selbst zurück und entwickelt ein Gefühl der Einsamkeit, der Sinnlosigkeit und Ausweglosigkeit;

2. Dann innere, ohnmächtige Aggressionen
3. Vorwürfe gegen die anderen in Verbindung mit schmerzlicher Resignation
4. Ankündigung der Suicidabsicht
5. Schließlich Suicidphantasien mit Ausmalen des den anderen aus dem eigenen Selbstmord entstehenden Leides.

FEUERLEIN (13) erstellt aufgrund der Ergebnisse von verschiedenen Untersuchungen eine Liste mit besonders selbstmordgefährdeten Personengruppen:

1. Depressive
2. Psychotische Patienten (insbesondere Schizophrenie)
3. Verfolgte aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen
4. Flüchtlinge
5. Alkoholiker und andere Süchtige
6. Menschen, die eine kriminelle Handlung begangen haben, besonders Homosexuelle
7. Chronisch unheilbar Kranke
8. Alte
9. Personen in der Ehekrise
10. Personen in schweren sozialen Notständen
11. Personen nach Umzug vom Land in die Stadt
12. Personen, in deren Umgebung vorher ein Selbstmord stattgefunden hatte
13. Personen, die unmittelbar vorher in einen Unfall verwickelt waren.

Aus der klinischen und psychiatrischen Praxis ist bekannt, daß es neben endogenen und körperlich begründbaren Psychosen häufig als Folge von süchtigen Bindungen an Alkohol oder Drogen zum Selbstmord kommt (BÖCKER (4)).

Nach HUBER (19) erfolgen 1/3 aller Suicidhandlungen unter Alkoholeinfluß. SCHULTE - TÖLLE (31) geben an, daß zahlreiche Suicidversuche unter dem Einfluß von Alkohol geschehen, der die letzte Hemmung beseitigt.

Zuweilen will sich der Suicidale auch bewußt "Mut antrinken".

Laut BOESTEN (7) stehen bei den Risikogruppen für Suicid Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen mit rund 25% nach den Depressiven (mit 50%) an 2. Stelle. Bei Alkoholikern ist der Suicid wie sich aus verschiedenen Untersuchungen ergeben hat, die 2. häufigste Todesursache.

Nach BIENER (2) erfolgte in der Schweiz 1/3 aller Selbstmorde unter Alkoholeinfluß. Bei klinisch behandelten Alkoholikern wurden in 21% der Fälle Selbstmordversuche registriert. In Los Angeles beliefen sich 11% aller Selbstmordversuche auf Alkoholismus.

Nach HARSCH (17) ist ein Mensch dann als alkohol- oder drogenabhängig zu bezeichnen, wenn

1. beim Entzug dieser Droge, die über längere Zeit eingenommen wurde, körperliche Beschwerden und seelische Verstimmungen auftreten.
2. Die Erscheinungen bei neuerlicher Zufuhr dieser oder einer anderen ähnlich wirkenden Droge wieder abklingen.

Nach der national und international gebräuchlichen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich dann um exzessive Trinker, wenn deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutlich seelische Störungen aufweisen, oder eine Beeinträchtigung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen und ihrer sozialen und wirtschaftlichen Funktion, beziehungsweise, daß sie wenigstens Prodrome einer solchen Entwicklung, zeigen (DHS, Alkoholismus, eine Information für Ärzte).

Das wesentliche Merkmal des Alkoholismus als Krankheit ist nach HUBER (19) der sogenannte Kontrollverlust: "Der Alkoholiker kann, wenn er zu trinken beginnt, nicht mehr aufhören."

Es ist immer wieder versucht worden, einen typischen "Alkoholiker-Typus" herauszufinden.

SCHNEIDER (29) ist mit POHL et al. (23) und KUEFFNER (20) der Meinung, daß es keine ausgesprochene Alkoholikerpersönlichkeit gibt, die jemanden dazu prädestiniert, suchtmittelabhängig zu werden. Auch FEUERLEIN (12) geht davon aus, daß die Suche nach der Alkoholikerpersönlichkeit als solche zur Sackgasse erklärt wurde.

Es lassen sich aber nach HUBER (19) Komplexe von bestimmten Persönlichkeitsvarianten herauskristallisieren, die möglicherweise zum Alkoholismus disponieren: Unter anderem Introversion und Äußerungsunfähigkeit, Betäubung der inneren Spannung, Angst, Leere, Langeweile, alkoholische Geselligkeit als Ersatz für echte Bindungen, Selbstunsicherheit,

Mangel an Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit, Ich-Schwäche usw.

Was die Epidemiologie betrifft ist der Alkoholismus erschreckend im Anstieg begriffen. Laut FEUERLEIN (12) wird die Zahl der Alkoholiker für die Bundesrepublik mit 600.000 - 800.000 beziffert. Die letzte Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik aus dem Jahre 1974 ergab 4% Alkoholiker in der Erwachsenenbevölkerung, d.h. 1,5 Millionen Menschen. Nach Geschlechtern unterschieden zeigte sich, daß 7% der Männer und 1% der Frauen als alkoholabhängig zu bezeichnen waren. Zwischen dem erschreckenden Ansteigen der Suizidalität und dem Ansteigen des Alkoholismus könnte ein Zusammenhang bestehen.

HUBER (19) geht gar davon aus, daß bei "Alkoholismus und anderen Süchtigen Fehlhaltungen mit dem Suicid - statt des Schlafes als "Tod auf Zeit" - der "lange Schlaf" als Ausweg gewählt werden kann. Nach FEUERLEIN (12) sind Sucht und Selbstmord eng miteinander verwobene Verhaltensweisen, die beide autodestruktiv verlaufen. Während der autodestruktive Verlauf der Sucht sich über einen langen Zeitraum erstreckt, ist die Selbstmordhandlung auf einen kurzen Zeitraum zusammengedrängt.

BÖCKER (3,4) geht davon aus, daß schon vor Jahrzehnten festgestellt und wiederholt später bestätigt wurde, daß eine beträchtliche Anzahl der Menschen, die durch Suicid um ihr Leben gekommen sind, an Alkoholismus litten, und zwar 20% der Männer und ca. 5% der Frauen: "Bei vorsichtiger Schätzung wird man heute davon ausgehen müssen,

daß von den 14.000 Selbstmordtoten des Jahres 1979 in der BRD ca. 2.500 bis 3.000 an Alkoholismus litten. Jedes Jahr unternehmen 20.000 bis 25.000 Alkoholranke Selbstmordversuche. BÖCKER (3) konnte im Rahmen seiner Studie an der Universitätsnervenklinik in Köln Schwerpunkte in der Motivation zu Suicidhandlungen bei Alkohol- und Medikamenten-abhängigen herauskristallisieren. "Familien- und Ehekonflikte werden vor allem dann zum Suicidanlaß, wenn sie soweit zugespitzt sind, daß Familie oder Ehe auseinanderzubrechen drohen, der Ehepartner z.B. die Scheidung einreicht oder die gemeinsame Wohnung verlassen hat. Darüber hinaus spielen finanzielle Probleme eine beträchtliche Rolle, auch die Selbst-reflexion über diese Folgen. Nicht ganz selten wird in rauschfreiem Zustand der soziale Abstieg, die eigene Unzulänglichkeit oder die unlösbare Bindung an das Suchtmittel zum entscheidenden Motiv.

Im Hinblick darauf, daß die Abhängigkeitskranken nach den Depressiven den größten Anteil an den Suiciden bzw. Suicidversuchen haben, wurde der Er-örterung der Bedingungen des Suicidverhaltens dieser Patientengruppe bisher viel zu wenig Beachtung geschenkt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Frage, welche Bedingungen, bzw. Faktoren, die Suicidalität bei Alkoholikern beeinflussen. Die Beantwortung dieser Frage kann erhebliche praktische Konsequenzen für die Suicidprophylaxe bei Abhängigkeitskranken haben.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Ein-

weisung vor dem 30. Lebensjahr. Sie dient der Abgrenzung zu der Arbeit von A. Charitantis (9), deren Daten an Patienten mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr erhoben wurden. Diese Teilung der insgesamt 100 untersuchten Patienten an der Grenze des 30. Lebensjahrs wurde aus folgendem Grund vorgenommen: Es ist zu vermuten, daß sich die Lebens- und Suchtentwicklung und die Persönlichkeit eines Menschen, der in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter das erste Mal wegen alkoholismusbedingter Symptome klinisch eingewiesen wurde, unterscheidet von der Entwicklung des Menschen, dessen erste klinische Einweisung erst im späteren Erwachsenenalter erfolgte.

2. Zur Durchführung der Untersuchung

=====

Es wurden in der Untersuchung 50 Patienten, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit vor dem 30. Lebensjahr zum ersten Mal stationär behandelt wurden, einbezogen.

Die Untersuchung von Alkoholkranken mit erster stationärer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr (aufgrund ihrer Alkoholkrankheit) wurde von A. Charitantis (9) eingeführt.

Als Kriterium für die Sicherung der Diagnose wurden

1. die persönlichen Angaben des Patienten berücksichtigt. Es wurden Patienten einbezogen, die über mehrere Jahre eine mißbräuchliche Einnahme der Droge (Alkohol) angegeben haben, und die entweder über Kontrollverlust nach Trinkbeginn oder über Abstinenzunfähigkeit berichteten.
2. Patienten, bei denen während der Entgiftungsphase deutliche Entzugerscheinungen aufgetreten waren.
3. Patienten, bei denen die Leberfunktionswerte (Transaminasen, besonders γ -GT) im anfänglichen Stadium auffällig waren.

Alle Untersuchungen wurden bei Patienten durchgeführt, die im Suchtbereich des Nervenkrankenhauses Bayreuth vom Oktober 1979 bis Juni 1980 aufgenommen wurden. Die Autorin hat die Patienten als Stationsärztin betreut.

Alle Patienten wurden über den Zweck der Untersuchung informiert und waren damit einverstanden. Die Exploration fand immer nach Abklingen der Entzugerscheinungen statt. Sie wurde in Form eines freien Gespräches geführt. Wichtige Punkte unseres Untersuchungsschemas, die sich während der Explo-

ration von sich aus nicht ergeben haben, haben wir dann gezielt angesprochen.

Folgende Faktoren wurden bei der Exploration berücksichtigt und in die Untersuchung mit einbezogen:

1. Biographische Daten

2. Daten aus der Eigenanamnese

(Bildung, berufliche Entwicklung, jetziger sozialer Status, Familienstand, zwischen-eheliche Beziehungen, überhaupt familiäre Schwierigkeiten, Hobbies, Freundeskreis, weltanschaulicher Hintergrund).

3. Daten aus der Sozialanamnese

(Beruf der Eltern, zwischenelterliche Beziehung, Beziehung zwischen Eltern und Kindern, Alkoholmißbrauch bei anderen Familienmitgliedern, Suicide oder Suicidversuche und suicidale Tendenzen bei Angehörigen).

4. Alkoholanamnese

(Abususdauer, ab welchem Alter, Art und Menge der Getränke, Delirium in der Anamnese, bisherige eigene Abstinenzversuche oder Therapieversuche, persönliche Bewertung des Abusus).

5. Anamnese zur Suicidalität

(Subjektive Beurteilung der Stimmungslage, suicidale Tendenzen oder Versuche, in welcher Situation, unter Alkoholmißbrauch oder ohne Alkoholeinfluß, subjektive Stellungnahme zur Suicidalität, bzw. vorhandene Hemmungen und welche).

Die Patienten wurden jeweils in Abhängigkeit von ihrer Vorgeschichte auf 3 Gruppen verteilt:

1. Patienten ohne Suicidtendenzen *
2. Patienten mit Suicidtendenzen
3. Patienten mit Suicidversuchen

Nach der Exploration mit den Patienten wurde auch ein interner, neurologischer und psychiatrischer Befund erstellt.

Um unsere Untersuchungsergebnisse mit objektiven Untersuchungen zu ergänzen, wurden zusätzlich folgende Fragebögen und Testverfahren ausgefüllt:

1. "Sind sie Alkoholiker?" - Fragebogen nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Professor E.M. Jellinek, um die Stadien des Alkoholismus festzustellen.

Es sind dies:

1. Prodromalphase
2. kritische Phase
3. chronische Phase

Diese Phaseneinteilung erlaubt es, je nach Art und Anzahl der Anzeichen einer Persönlichkeitsveränderung, ganz grob die Alkoholkranken in leichte, schwierige und schwere Krankheitsgrade einzuteilen.

* "Patienten ohne Suicidtendenzen" bedeutet, daß keine Suicidtendenzen erkennbar waren.

2. Die Erlanger Depressionsskala (EDS)

Die Skala ist mit 9 Fragen sehr kurz und gibt die Möglichkeit, zwischen den Faktoren "depressive Verstimmung" und "Einschränkung der Expansivität in der Umwelt" zu unterscheiden.

Umfangreiche Erfahrungen mit dieser Skala liegen allerdings bisher nur bei endogenen Depressiven vor (21).

3. MWT - B - Test (Mehrfachwortschatztest) zur Objektivierung des allgemeinen Intelligenzniveaus.

Dieses in der Abteilung für Psychopathometrie der Universitätsnervenklinik Erlangen entwickelte Verfahren erfaßt über einen Wortschatztest das allgemeine Intelligenzniveau und wird von seelisch - geistigen Störungen verhältnismäßig wenig beeinflusst. Der MTW - B ist rasch und problemlos durchführbar, seine Testwerte korrelieren gut mit denen weit aufwendigerer Tests, wobei die Ergebnisse unter Umständen etwas höher liegen könnten als bei vergleichbaren Verfahren.

Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgte in 2 Schritten:

1. Zunächst werden in der Grundzählung interessante Merkmale, bzw. Faktoren in ihrer absoluten und in ihrer relativen Häufigkeit (Prozentwerte), bezogen auf die gesamten untersuchten Patienten vorgestellt.
2. Dann werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen möglichen Faktoren und der Suicidalität dargestellt, wobei die Suicidalität in die weiter erwähnten 3 Gruppen aufgespaltet wird.

Diese Zusammenhänge werden mit Hilfe des χ^2 -Tests auf Signifikanz überprüft.

Der χ^2 -Test ist ein nonparametrisches Verfahren zur Hypothesenprüfung für den Vergleich mehrerer unabhängiger Stichproben, wobei es sich bei den Daten um Häufigkeiten, also um Nominalskalenniveau handelt (HELLER und ROSEMAN (18), BORTZ (7), CLAUS/EBNER (10)).

Die Berechnung von χ^2 für $r \times k$ -Tafeln erfolgt nach der Formel:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} ; df = (r-1) \cdot (k-1)$$

Als Alternative zum χ^2 -Test wurde zur Signifikanzprüfung der KULBACK-Test herangezogen (HELLER/ROSEMAN (18)).

Dies wurde nötig, wenn empirische Häufigkeiten in bestimmten Kategorien gleich "0", oder mehrere Erwartungswerte kleiner "5" waren, da in diesen Fällen der χ^2 -Test nicht zulässig ist.

Der KULBACK-Test berechnet sich nach folgender Formel:

$$2 I = \left(\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k 2 f_{ij} \ln f_{ij} + 2 N \ln N \right) - \left(\sum_{i=1}^r 2 f_i \ln f_i + \sum_{j=1}^k 2 f_j \ln f_j \right)$$

$$2 I = \frac{K_1}{K_2}$$

Beide Verfahren leisten folgendes:

1. Den Vergleich einer empirischen Häufigkeitsverteilung mit einer theoretischen (Gleichverteilung bzw. Normalverteilung),
2. die Prüfung der Differenz von Häufigkeiten aus 2 oder mehreren Stichproben,
3. die Ermittlung des Zusammenhangs zwischen 2 Merkmalen, die an einer Gruppe von Merkmalsträgern gemessen werden (Kontingenz).

In der Regel erfolgt die Signifikanzprüfung auf dem 5% Niveau, was bedeutet, daß die Ergebnisse mit 95% Wahrscheinlichkeit als gesicherte Aussagen angesehen werden können. Hochgradige Signifikanzen lassen sich sogar auf dem 1% - Niveau bestätigen.

3. Ergebnisse

Zunächst folgt im Rahmen der Grundauszählung ein allgemeiner Überblick über die Untersuchungsdaten, gruppiert nach Geschlecht und Alter, soziologischen Merkmalen, alkoholismusrelevanten Merkmalen, Merkmale im Rahmen der Suicidalität und die Ergebnisse der Tests bzw. Fragebogenverfahren.

Anschließend werden besondere Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und der Suicidalität dargestellt.

3.1. Grundauszählung

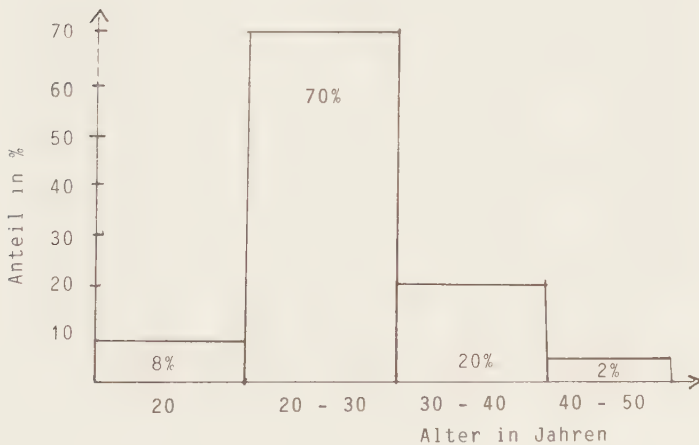
3.1.1. Geschlecht und Alter

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung

Geschlecht	Anzahl	%
männlich	32	64%
weiblich	18	36%
zusammen	50	100%

Von den untersuchten alkoholabhängigen Patienten waren 32 Männer (64%) und 18 Frauen (36%). Der Anteil der Frauen lag mit über 1/3 deutlich über dem aus anderen Untersuchungen.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung



Der älteste Patient war zum Zeitpunkt der Untersuchung 41 Jahre alt (Mann), der jüngste 18 Jahre (Frau). Das durchschnittliche Alter lag bei 27,5 Jahren, der Schwerpunkt, wie auch in der Abbildung 1 mit 70% eindeutig zu sehen ist, lag im Intervall von 20 - 30 Jahren. Hier soll vielleicht noch einmal erwähnt werden, daß für die Auswahl der Patienten Voraussetzung war, daß die 1. stationäre Einweisung aufgrund von Alkoholismus vor dem 30. Lebensjahr geschah. Bei mehreren Patienten (24) hat es sich überhaupt um den 1. stationären Aufenthalt gehandelt. Männer und Frauen zeigen vergleichbare Altersverteilungen. Zur Verdeutlichung seien sie graphisch gegenübergestellt:

Abbildung 2: Altersverteilung der männlichen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung

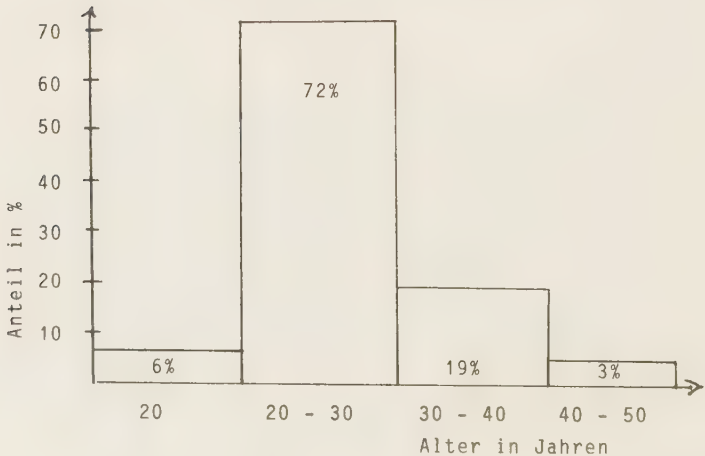
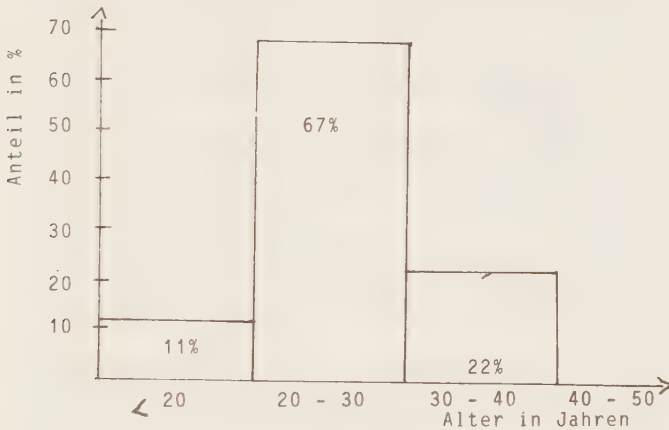


Abbildung 3: Altersverteilung der weiblichen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung



3.1.2. Soziologische Daten

Tabelle 2: Einweisungsmodus

Einweisungsmodus	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Freiwillig	21	66%	17	94%	38	76%
Pflegschaft oder Vormundschaft	2	6%	0	-	2	4%
vorläufige Verwahrung	8	25%	1	6%	9	18%
§ 64 Verwahrung	1	3%	0	-	1	2%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Mit einem Anteil von 76% haben die meisten untersuchten Patienten des Suchtbereiches aus der Nervenklinik Bayreuth freiwillig ihren Aufenthalt angetreten (Tab. 2).

Dieses Faktum dürfte sich positiv auf die Behandlungswilligkeit und die Offenheit bei der Untersuchung auswirken.

Es läßt sich hier bei unseren Untersuchten allerdings ein geschlechtsspezifischer Unterschied feststellen:

Bei den Männern waren es insgesamt immerhin 11 Patienten, bzw. 34%, die zwangsweise untergebracht waren, währenddessen dies nur eine Frau (6%) betraf.

Die Auswahl der zwangsweise eingelieferten Patienten, die sich alle auf der geschlossenen Abteilung befanden, geschah nach dem Kriterium der Bereitschaft sich explorieren zu lassen.

Tabelle 3: Familienstand

Familienstand	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ledig	17	53%	6	33%	23	46%
verheiratet	11	35%	11	61%	22	44%
verwitwet	0	-	1	6%	1	2%
geschieden	3	9%	0	-	3	6%
getr. lebend	1	3%	0	-	1	2%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Aus vielen Untersuchungen über Alkoholismus hat sich ergeben, daß der Familienstand und damit auch der Grad des Eingebundenseins in eine Partnerbeziehung eine wesentliche Einflußrolle darstellt.

Bei unseren untersuchten Patienten ergab sich (Tab. 3), daß die Mehrheit der Männer (53%) ledig war, gegenüber einem Prozentanteil von 35% verheirateten Männern. 4 Männer (12%) waren entweder bereits geschieden oder lebten von der Ehepartnerin getrennt.

Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von dem der Arbeit von A.CHARITANTIS (9), der Alkoholiker mit 1. klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr untersuchte. Hier war über die Hälfte (59%) der untersuchten Männer verheiratet. Der größere Anteil lediger und/oder alleinstehender Männer in unserer Untersuchung hängt aber sicherlich auch mit dem Alter - Schwerpunkt 20-30 Jahre - zusammen, da viele junge Leute erst später heiraten oder unter Umständen auch als ledige bereits zusammenleben.

Bei den untersuchten Frauen (Tab. 3) sieht es indes so aus, daß mit 61% mehr als die Hälfte bereits verheiratet sind.

Die Mehrheit der untersuchten Patienten, 63% der Männer und 56% der Frauen, gaben die Berufsschule als höchsten Schulabschluß an, gefolgt von dem Volksschulabschluß mit 34% bei den Männern und 28% bei den Frauen (Tab. 4).

Tabelle 4: Höchster Schulabschluß

Höchster Schul- abschluß	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Volksschule	11	34%	5	28%	16	32%
Fachschule/ Berufsschule	20	63%	10	56%	30	60%
Mittlere Reife	1	3%	2	11%	3	6%
Hochschulstudium	0	-	1	5%	1	2%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Fast alle untersuchten Männer hatten Facharbeiter bzw. Handwerker (47%) oder Arbeiter bzw. Hilfsarbeiter (41%) als Beruf erlernt (Tab. 5).

Bei den Frauen sind allerdings mit 50% genau die Hälfte der untersuchten Patientinnen als Angestellte oder Beamte angegeben.

Diese Verteilung entspricht nicht ganz den Ergebnissen anderer Untersuchungen, die allgemein ergaben, daß auch Personen in höherqualifizierten Berufen ihren Anteil am Alkoholismus haben.

Hier wird der Rahmen der Untersuchung ausschlaggebend gewesen sein, da in den Abteilungen des Nervenkrankenhauses Bayreuth, denen die untersuchten Patienten angehörten, Arbeiter überpräsentiert sind.

Tabelle 5: Erlernter Beruf

Erlernter Beruf	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Arbeiter/ Hilfsarbeiter	13	41%	6	33%	19	38%
Facharbeiter/ Handwerker	15	47%	2	11%	17	34%
Angestellte/ Beamte	3	9%	9	50%	12	24%
Akademiker	0	-	1	6%	1	2%
Studenten	1	3%	0	-	1	2%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

In vielen Untersuchungen zum Alkoholismus zeigte sich, daß die Arbeitslosigkeit und der berufliche Absturz bei Alkoholikern besonders gravierend ist. Dies konnte bei den von uns untersuchten Patienten bestätigt werden (Tab. 6).

Genau die Hälfte der Männer, also 50%, waren arbeitslos, 16% mußten einen beruflichen Absturz in Kauf nehmen.

Bei den Frauen sieht das Bild etwas günstiger aus:

Nur 4 Frauen (22%) gaben Arbeitslosigkeit an,

9 (50%) hatten ihren Berufsstand erhalten können; allerdings waren auch 4 (22%) als Hausfrau tätig.

Diese Ergebnisse unterscheiden sich interessanterweise von denen der Arbeit von A. CHARITANTIS (9).

Bei den Patienten mit 1. klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr war der Anteil der Arbeitslosen mit 24% wesentlich geringer.

Diese Ergebnisse könnten andeuten, daß der Teufelskreis Arbeitslosigkeit - Alkoholismus, Alkoholismus - Arbeitslosigkeit bei den von uns untersuchten jüngeren Leuten, vor allen den Männern, "schneller in Gang kam" als bei den älteren (A. CHARITANTIS (9)).

Tabelle 6: Jetziger Berufsstand

Jetziger Berufs- stand	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Berufsstand erhalten	11	34%	9	50%	20	40%
beruflicher Absturz	5	16%	1	6%	6	12%
Arbeitslose	16	50%	4	22%	20	40%
Hausfrauen/ Rentner	0	-	4	22%	4	8%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Tabelle 7: Häufigkeit des Arbeitsstellenwechsels

Häufigkeit Stellenwechsel	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 mal	4	12%	3	17%	7	14%
1 mal	0	-	1	6%	1	2%
2 mal	5	16%	3	17%	8	16%
3 mal	6	19%	6	32%	12	24%
4 mal	6	19%	4	22%	10	20%
5 mal	4	12%	0	-	4	8%
mehr als 5 mal	6	19%	0	-	6	12%
noch nie im Arbeitsverhält- nis gewesen	1	3%	1	6%	2	4%
gesamt	32	100%	18	100%	50	100%

Zum typischen Bild des Alkoholkranken gehört der häufige Arbeitsstellenwechsel.

Diese Erscheinung konnte in unserer Untersuchung bestätigt werden (Tab. 7). Die überwiegende Mehrheit der untersuchten Patienten im Alter von 20-30 Jahren wechselte die Arbeitsstelle mehr als 1 - 5 mal.

Auch hier waren die Männer wieder stärker betroffen: Insgesamt 85% der männlichen Patienten wechselten die Arbeitsstelle ungefähr mit gleicher Verteilung 2-,3-,4-,5 mal oder sogar mehr.

Bezogen auf die Schichtzugehörigkeit ergab sich, daß die Mehrzahl der untersuchten Patienten, nämlich 66% der Unterschicht, gegenüber 30% der Mittelschicht und nur 4% der Oberschicht angehörten. (Tab. 8)

Dieser soziale Status wurde nach dem Bildungsstand, dem erlernten und ausgeübten Beruf, sowie dem Einkommen erstellt.

Tabelle 8: Schichtzugehörigkeit

Schichtzugehörigkeit	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Unterschicht	23	72%	10	56%	33	66%
Mittelschicht	9	28%	6	33%	15	30%
Oberschicht	0	-	2	11%	2	4%
gesamt	32	100%	18	100%	50	100%

Tabelle 9: Konfessionszugehörigkeit

Konfessionszugehörigkeit	Anzahl	Prozent
evangelisch	33	66%
katholisch	17	34%
gesamt	50	100%

Tabelle 10: Tiefe der religiösen Bindung

Tiefe der religiösen Bindung	evangel.		katholisch		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
tief	3	9%	0	-	3	6%
gleichgültig	26	79%	15	88%	41	82%
keine	4	12%	2	12%	6	12%
zusammen	33	100%	17	100%	50	100%

Unsere untersuchten Patienten gehörten alle einer christlichen Glaubensgemeinschaft an, wobei der Anteil der Protestanten mit 66% über dem der Katholiken mit 34% lag (Tab. 9).

Es ist bekannt, daß viele Menschen nur "pro Forma" einer Konfession angehören, d.h., viele gar keinen echten Glauben oder Bindung an ihre Kirche haben.

Dies findet, bei unseren Patienten Bestätigung (Tab. 10).

Obwohl, wie erwähnt, alle 50 Patienten entweder der katholischen oder evangelischen Konfession angehörten, hatten 41 (82%) eine gleichgültige Bindung an die Religion und 6 (12%) gar keine Bindung. Hierbei unterscheiden sich die beiden Konfessionen kaum, wobei zumindest 3 evangelische Patienten (9%) eine tiefe Bindung an die Religion angaben, sich bei den katholischen Patienten hier gar keine fand.

Tabelle 11: Familiäre Schwierigkeiten

Familiäre Schwierig- männlich weiblich zusammen
keiten

	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mit (Ehe)-Partner	12	38%	9	50%	21	42%
Mit Eltern	9	28%	3	17%	12	24%
Mit Kindern	3	9%	2	11%	5	10%
nicht vorhanden	8	25%	4	22%	12	24%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Viele Untersuchungen zeigten, daß bei Alkoholikern verstärkt familiäre Schwierigkeiten auftreten.

Dies findet bei unseren Patienten ebenfalls Bestätigung (Tab. 11).

38 (76%) der untersuchten Patienten gaben an, daß sie entweder mit dem (Ehe-) Partner, den Eltern oder den Kindern Schwierigkeiten hätten, wobei mit 42% die (Ehe-) Partnerschwierigkeiten am häufigsten genannt wurden. Nur 24% der Patienten gaben an, keine familiären Schwierigkeiten zu haben. Hier sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern unerheblich.

Auch hier ist wiederum kein Zusammenhang im Sinne der Kausalität möglich. Sicherlich hat der Alkoholismus Einfluß auf die familiären Schwierigkeiten und die familiären Schwierigkeiten Einfluß auf den Alkoholismus, also ein Teufelskreis.

In jedem Fall zeigen die Zahlen, was die klinische Praxis betrifft, wie wesentlich auch die Einbeziehung von Angehörigen in Gespräche ist.

Die meisten männlichen untersuchten Alkoholiker, nämlich 21 (66%) gaben an, daß sie finanzielle Schwierigkeiten hätten (Tab. 12). Bei den untersuchten Frauen erklärten die meisten, nämlich 78%, sie hätten keine finanziellen Probleme. Diese Ergebnisse müssen in engem Zusammenhang zu den Ergebnissen der Frage über den jetzigen Berufsstand gesehen werden (Tab. 6). Hier ergab sich, daß die Hälfte (50%) der Männer arbeitslos war und 16% einen beruflichen Absturz erlitten hatten. Die Frauen dagegen hatten eher ihren Berufsstand halten können oder waren als Hausfrauen tätig

(hier wirkt es sich sicher aus, daß 61% der Frauen verheiratet waren, und somit die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß der Ehemann das nötige Geld verdiente) (Tab. 3).

Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zur Arbeit von A. CHARITANTIS (9), der herausfand, daß bei 67% der von ihm untersuchten männlichen Patienten keine, und bei nur 33% finanzielle Probleme vorhanden waren. Hier ist der enge Zusammenhang zur bereits erläuterten geringeren Arbeitslosigkeit und dem größten Anteil der Verheirateten bei den untersuchten Alkoholkranken, deren erste klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr erfolgte, zu berücksichtigen.

Tabelle 12: Finanzielle Schwierigkeiten

Finanzielle männlich weiblich zusammen
Schwierigkeiten

	Anzahl		%	Anzahl		%	Anzahl		%
vorhanden	21	66%		4	22%		25	50%	
nicht vorhanden	11	34%		14	78%		25	50%	
zusammen	32	100%		18	100%		50	100%	

Tabelle 13: Anzahl sozialer Kontakte

Anzahl sozi- männlich weiblich zusammen
aler Kontakte

	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
Einzelgänger	12	37%	8	44%	20	40%
Gesellig	20	63%	10	56%	30	60%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Die Mehrheit unserer untersuchten Patienten, nämlich 60% bezeichneten sich als gesellig; da es sich bei den Patienten im Durchschnitt (20-30 Jahre) um junge Leute handelte, war davon auszugehen, daß hier die Vereinsamung des Alkoholikers noch nicht ausgeprägt war, und wahrscheinlich häufig sogar im Freundeskreis oder in der Clique getrunken wurde.

Nach ihrer Freizeitgestaltung, bzw. Hobbies befragt, gaben die untersuchten Patienten keine oder nur sehr undifferenzierte Interessen an. 16% der befragten Männer hatten keine Hobbies, 32% gaben Sport an, 22% Handwerken oder Basteln, andere Interessen waren verschwindend gering (Tab. 14).

Dazu kommt zum einen, daß die genannten Hobbies auf die Zeit "vor Ausbruch der Krankheit" bezogen waren. Zur Zeit der Einweisung waren noch weniger Interessen bzw. gar keine vorhanden.

Zum anderen handelte es sich um recht unkreative und konventionelle Hobbies; Sport war meist das Fußballspiel oder Sportstudio im Fernsehen, und Basteln waren nötige Reparaturen zuhause. Ähnliches gilt für die weiblichen Patienten: 44% hatten gar keine Interessen, 28% gaben Handarbeiten an, wobei es sich auch hier um Arbeiten typischer Rollenerwartung im Rahmen der Hausarbeit handelte.

Tabelle 14: Freizeitgestaltung und Hobbies

Hobbies	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sport	10	32%	1	5,5%	11	22%
Handar- beiten/ Basteln	7	22%	5	28 %	12	24%
Lesen	3	9%	1	5,5%	4	8%
Sammeln	3	9%	0	-	3	6%
Musik/ Kunst	2	6%	1	5,5%	3	6%
Fischen/ Jagen	1	3%	1	5,5%	2	4%
Kochen	1	3%	1	5,5%	2	4%
keine	5	16%	8	44,5%	13	26%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Es ist oft erwiesen worden, daß Alkoholiker in Familien aufwuchsen, die die nötige Geborgenheit vermissen ließen. Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Patienten (52%) bezeichneten ihre Beziehung zu den Eltern als harmonisch. Die anderen (48%) haben die Beziehung zu ihren Eltern als disharmonisch betrachtet; hier war sogar ein großer Anteil von Patienten enthalten die aus einem sogenannten "broken home" stammten, d.h. aus einer zerrütteten Familie kamen, zum Teil in Heimen aufgewachsen waren (Tab. 15).

Tabelle 15: Beziehung zwischen Kindern und Eltern

Beziehung Kinder-Eltern	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
harmonisch	17	53%	9	50%	26	52%
disharmonisch (broken home)	15	47%	9	50%	24	48%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Tabelle 16: Erziehungsstil der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

Erziehungsstil	Anzahl	%
Autoritär	34	68%
verwöhnend	12	24%
inkonsequent	4	8%
zusammen	50	100%

Die Mehrheit der untersuchten Patienten (68%) bewerteten den Erziehungsstil ihrer Eltern oder Erziehungsberechtigten als autoritär oder streng.

Tabelle 17: Zwischeneltherliche Beziehung

Zwischenerlterliche Beziehung	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
intakt	20	63%	9	50%	29	58%
nicht intakt	9	28%	6	33%	15	30%
nicht feststellbar*	3	9%	3	17%	6	12%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

* Halbwaisen, broken home, Elternlose

Nach der Beziehung zwischen ihren Eltern befragt, gaben 63% der Männer und 50% der Frauen (Tab 17) an, daß das Verhältnis intakt gewesen sei. Bei insgesamt 12% der untersuchten Patienten konnte hierzu keine Aussage gemacht werden, da die Betroffenen entweder Halbwaisen oder ganz elternlos waren, bzw. aus einem "broken home" stammten. Immerhin gab fast 1/3 (30%) der insgesamt explorierten Patienten an, daß sie die Beziehung zwischen den Eltern als nicht intakt einschätzten.

Hiermit endet die Grundauszählung, in der wichtige soziologische Merkmale und Bindungen von Alkoholikern mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr dargestellt wurden.

3.1.3. Alkoholismusrelevante Merkmale

In diesem Kapitel wird die Verteilung von Merkmalen dargestellt, die direkt im Zusammenhang mit der Krankheit, dem Alkoholismus, stehen und für diesen relevant sind.

Wir befaßten uns zunächst mit den Erklärungsversuchen, die von den untersuchten Patienten für den Beginn des Alkoholmißbrauches angegeben wurden.

Hier existiert ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied: 69% der männlichen Patienten gaben an, aus Gewohnheit getrunken zu haben, nur 31% sahen ihren Alkoholabusus im Zusammenhang mit Konfliktsituationen.

Bei den Frauen ist die Tendenz umgekehrt: Während nur 22% meinten, aus Gewohnheit getrunken zu haben, sahen 78% ihr Trinken im Zusammenhang mit Konfliktsituationen (Tab. 18).

Die Untersuchung von A. CHARITANTIS (9) an Patienten mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr kommt zu ähnlichen Größenverhältnissen.

Der ermittelte geschlechtsspezifische Unterschied könnte zum einen bedeuten, daß Frauen tatsächlich eher in Konfliktsituationen trinken als Männer; andererseits ist die Frage, ob die untersuchten Frauen, sich eher eingestehen konnten, mit Konflikten nicht mehr fertig geworden zu sein als das bei den Männern der Fall war. Dies müßten weitergehende Explorationen erhellen.

Tabelle 18: Erklärungsversuche des Alkoholmißbrauchbeginns

Erklärungs- versuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gewohnheit	22	69%	4	22%	26	52%
Konflikt- situationen	10	31%	14	78%	24	48%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Die Altersverteilung des Abususbeginns bei der von uns untersuchten Patienten ergab folgende Ergebnisse:

Über die Hälfte der Männer, nämlich 69%, begannen mit dem Abusus bereits zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr, 31% zwischen 20 und 30 Jahren. Bei den Frauen lag der Abususbeginn mit 61% mehrheitlich in der dritten Lebensdekade, gegen 39% in der zweiten (Tab.19). Insgesamt läßt sich aussagen, daß die von uns untersuchten Patienten bereits in ihrer Jugend anfangen, mißbräuchlich Alkohol zu sich zu nehmen. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem vieler anderer Studien, die immer wieder das Ansteigen des Jugendalkoholismus hervorheben. Bei diesen jungen Leuten erfolgte auch relativ rasch die 1. klinische Einweisung wegen Alkoholismus (nämlich vor dem 30. Lebensjahr). Es kann die Hypothese aufgestellt werden, daß junge Leute schneller zum psychischen, physischen und sozialen Zusammenbruch kommen als ältere, was auch durch die Ergebnisse von A. CHARITANTIS (9) bestätigt wurde.

Tabelle 19: Altersverteilung des Absusbeginns

Lebensdekade	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
10-20	22	69%	7	39%	29	58%
20-30	10	31%	11	61%	21	42%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Tabelle 20: Abususdauer

Abususdauer	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 bis 2 Jahre	2	6%	2	11%	4	8%
2 bis 5 Jahre	5	16%	9	50%	14	18%
5 bis 10 Jahre	16	50%	4	22%	20	40%
über 10 Jahre	9	28%	3	17%	12	24%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Auf die Befragung nach der Abususdauer hat sich gezeigt, daß die Männer zu 30% einen mißbräuchlichen Alkoholkonsum von 5 - 10 Jahren, 28% sogar von über 10 Jahren betrieben haben. Die Hälfte der Frauen also 50% dagegen gaben eine Abususdauer von 2 - 5 Jahren an (Tab. 20).

Die Ergebnisse von A. CHARITANTIS (9) bei Patienten, deren klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr erfolgte, wiesen dagegen auf, daß 81% der untersuchten Männer einen Alkoholabusus von über 10 Jahren betrieben.

Im Zusammenhang mit den bereits diskutierten Ergebnissen über eine geringere Arbeitslosigkeit und geringere finanzielle Probleme dieser Gruppe kann festgestellt werden, daß diese Patienten trotz sehr langer Abususdauer, dem psychischen, physischen und sozialen Zusammenbruch "sehr lange hinauszögern" konnten.

Tabelle 21: Delirium in der Anamnese

Delirium	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einmal	4	13%	3	17%	7	14%
Mehrmals	2	6%	0	-	2	4%
Keinmal	26	81%	15	83%	41	82%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

82% der befragten Patienten gaben an, noch nie ein Delir gehabt zu haben, 14% kannten eines und 2 männliche Patienten, also 4%, hatten sogar bereits mehrmals ein Delir (Tab. 21).

Viele Alkoholiker geben an, daß sie immer wieder versuchen, aus eigener Kraft abstinent zu werden, also eigene Entwöhnungsversuche unternehmen. Manche schaffen dies auch für kurze Zeit.

Tabelle 22 : Eigene Entwöhnungsversuche

Entwöhnungs- versuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
einmal	10	31%	2	11%	12	24%
mehrmals	5	16%	2	11%	7	14%
keinmal	17	53%	14	78%	31	62%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Bei unseren Befragten gaben über die Hälfte, 62% (Tab. 22) an, noch nie eigene Entwöhnungsversuche unternommen zu haben, wobei es immerhin 24% einmal, 14% sogar mehrmals versucht hatten. Die Tatsache, daß sie zum Untersuchungszeitpunkt erneut wegen Alkoholismus klinisch eingewiesen waren, zeigt, daß diese Versuche bei den Patienten nicht erfolgreich waren.

Tabelle 23: Bisherige Therapieversuche bzw. stationäre Aufenthalte

Therapie- versuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
einmal	11	34%	7	39%	18	36%
mehrmals	5	16%	3	17%	8	16%
keinmal	16	50%	8	44%	24	48%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Eine ganz ähnliche Tendenz zeigte sich allerdings auch bei den Daten zu bisherigen Therapieversuchen bzw. stationären Aufenthalten (Tab. 23). 48% gaben an, bisher noch keinmal stationär wegen Alkoholismus eingewiesen worden zu sein, 36% allerdings bereits einmal und 16% sogar mehrmals. Hier wird die tragisch hohe Rückfallquote von Alkoholikern auch nach "professionellen" Behandlungen deutlich.

Viele Untersuchungen haben beschrieben, daß junge Alkoholiker in Familien aufgewachsen sind, in denen auch Alkoholabusus betrieben wurde.

Dieses Ergebnis findet bei unseren untersuchten Alkoholkranken Bestätigung (Tab. 24):

Nur 42% der untersuchten Patienten gaben an, daß bei anderen Familienmitgliedern kein Abusus vorkam, bei den restlichen 58% waren entweder Vater, Mutter, Geschwister oder sogar mehrere Familienmitglieder betroffen.

Tabelle 24: Alkoholmißbrauch von Familienmitgliedern

Alkoholmißbrauch in der Familie	Anzahl	%
Vater (Stiefvater)	12	24%
Mutter	2	4%
Geschwister (Stiefgeschwister	8	16%
mehrere Familienmitglieder	7	14%
nicht vorhanden	21	42%
zusammen	50	100%

In Tab. 25 haben wir die Ergebnisse dargestellt, die sich bei der Befragung hinsichtlich der negativen Folgeerscheinungen, wie sie vom Alkoholiker selbst am stärksten erlebt wurden, ergaben. Mehrfachnennungen waren für unsere Patienten möglich.

Tabelle 25: Subjektiv erlebte negative Folgeerscheinungen des Alkoholismus
(Mehrfachnennungen möglich)

Negative Folgeerscheinungen	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
körperliche Gesundheit	18	32%	15	36%	33	33%
Persönlichkeit	8	14%	8	19%	16	16%
Familienleben	7	12%	9	21%	16	16%
Beruf	4	7%	4	10%	8	8%
Soziale Beziehungen	19	33%	6	14%	25	26%
keine	1	2%	0	-	1	1%
zusammen	57	100%	42	100%	99	100%

Es zeigte sich, daß die negativen Folgen für die körperliche Gesundheit am stärksten, nämlich von 33% empfunden wurden. Am zweithäufigsten, nämlich von 26% der untersuchten Patienten wurde angegeben, daß die sozialen Beziehungen litten. Als weitere Bereiche, die von negativen Folgeerscheinungen betroffen waren, wurden Persönlichkeit (Wesensveränderung), Familienleben und Beruf angegeben.

Aus den Nennungen wird deutlich, daß die betroffenen Patienten sehr wohl erkennen konnten, daß

sich der Alkoholismus negativ auf verschiedene Lebensbereiche auswirkt.

Soweit einige uns wichtig erscheinende Merkmale, die für den Alkoholismus unserer Patienten relevant waren.

Im nächsten Kapitel gehen wir näher auf einige wesentliche Suicidalitätsfaktoren ein.

3.1.4. Suicidalitätsfaktoren

In der Einleitung haben wir unter anderem beschrieben, daß die Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen nach den Depressiven als allgemein eine der Selbstmordgefährdesten gilt.

Nach Battegay waren bei klinisch behandelten Alkoholikern in 21% Selbstmordversuche registriert worden. Die Sucht sei nicht selten als Selbstmordersatz zu werten. Zum Beispiel in Los Angeles beliefen sich 11% aller Selbstmordursachen auf Alkoholismus. (BIENER (2)). Da zusätzlich der Anteil von süchtigen Menschen in unserer Gesellschaft immer mehr ansteigt, dürfte es sinnvoll sein, mögliche Faktoren, die die Suicidalität der Alkoholiker beeinflussen, näher zu untersuchen. Aus den Ergebnissen könnten sich wichtige Ansätze für eine Suicidprophylaxe bei Abhängigen ableiten lassen.

Tabelle 26: Suicidalität

Suicidalität	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	18	36%
mit Suicidgedanken	14	28%
mit Suicidversuchen	18	36%
zusammen	50	100%

Unsere Untersuchung ergab, daß von den 50 befragten Patienten, 18 (36%) aus der Vorgeschichte einen oder mehrere Suicidversuche aufwiesen; dieser Anteil ist genauso hoch wie der der Patienten ohne Suicidtendenzen auch 18, (36%); 14 Patienten (28%) hatten sich bereits mit Suicidgedanken beschäftigt. (Tab. 26).

Offensichtlich waren unsere jüngeren Alkoholkranken (erste klinische Einweisung vor dem 30. Lebensjahr) noch wesentlich suicidgefährdeter als die von A. CHARITANTIS (9). Hier zeigten "nur" 46% der untersuchten Patienten Suicidgedanken oder- versuche.

Noch klarer als durch diese Werte kann das Suicidrisiko bei Alkoholabhängigen nicht gemacht werden.

Es existiert eine Vielzahl von verschiedenen Situationen, in denen sich Menschen Suicidgedanken machen.

Wie unsere Untersuchung zeigt, gaben 43% der Befragten an (Tab. 27), daß sie sich in Konfliktsituationen in der Ehe bzw. in der Partnerschaft Suicidgedanken gemacht hätten, womit dieses Situationsfeld die bei weitem stärkste Bedeutung hatte.

Tabelle 27: Motive für Suicidgedanken

	Anzahl	%
Ehe- bzw. Partner- schaftskonflikt- situationen	6	43%
Familien- konflikt- situationen	2	15%
Liebesenttäuschung (Liebeskummer)	1	7%
Einsamkeit	1	7%
Verlust von Angehörigen	1	7%
unter starken körper- lichen Schmerzen	1	7%
Freiheitsein- schränkung (Wehrdienst)	1	7%
sinnloses Leben	1	7%
zusammen	14	100%

Das gleiche wie für die Suicidgedanken (Tab.27) gilt auch für die besonderen Anlässe, die zu Suicidversuchen geführt haben, auch hier (Tab.28) wurden Ehekonfliktsituationen (50%) an erster Stelle genannt.

Tabelle 28: Anlässe, die zu Suicidversuchen
geführt haben

Anlässe zu Suicidversuchen	Anzahl	%
Ehekonfliktsituationen	9	50%
Schwierigkeiten auf der Arbeitsstelle	1	5,5%
Liebesenttäuschungen (Liebeskummer)	3	17%
Mißerfolg im Studium	1	5,5%
Wehrdienstkonfliktsituationen	1	5,5%
finanzielle Schwierigkeiten (Schuldenlast)	1	5,5%
ohne gegebenen Anlaß	2	11%
zusammen	18	100%

Auf die Frage, aus welchen Gründen Suicidge-
danken nicht in die Tat umgesetzt wurden, ga-
ben 72% unserer Patienten an, daß die Hemmfähig-
keit, bzw. die Angst vor dem Sterben zu groß ge-
wesen sei (Tab. 29). Dieses Ergebnis sollte in Zu-
sammenhang mit den "Suicidversuchen unter Alkohol-
einfluß" (Tab. 30) gesehen werden.

Hier ist ersichtlich, daß 89% der unternomme-
nen Suicidversuche unter Alkoholeinfluß gescha-
hen. Unser Ergebnis unterscheidet sich von den
anderer Untersuchungen an der Gesamtbevölkerung.
HUBER z.B. (19) faßt zusammen, daß ca. 1/3 von
Suicidhandlungen unter Alkoholeinfluß geschehen;

BÖCKER (3) ermittelte für Männer eine vergleichbare Relation, für Frauen allerdings nur ca. einen Anteil von 1/10 der Suicidhandlungen unter Alkoholeinfluß bei seiner Untersuchung der Uniklinik Köln.

Tabelle 29: Gründe, aus denen Suicidgedanken nicht in die Tat umgesetzt werden

	Anzahl	%
Hemmfähigkeit Angst vor dem Sterben	10	72%
Daseinsakzeptanz	2	14%
Liebe zu den Angehörigen	2	14%
zusammen	14	100%

Tabelle 30: Suicidversuche unter Alkoholeinfluß

	Anzahl	%
unter Alkoholeinfluß	16	89%
ohne Alkoholeinfluß	2	11%
zusammen	18	100%

Der Zusammenhang zwischen Tab. 29 und Tab. 30 ist bei unserer Untersuchung sehr naheliegend zu interpretieren.

Die natürliche Hemmung, auch der Selbsterhaltungstrieb, verhindern in der Regel, daß ein Mensch sich umbringt; durch Alkohol, der allgemein enthemmend wirkt, und wodurch auch die Kritikfähigkeit herabgesetzt wird, kann diese Schranke eher durchbrochen werden; Verzweiflung, Angst und andere negative Gefühle werden dann eher in die konkrete Tat der Selbsttötung umgesetzt.

Tabelle 31: Mittel die zum Suicidversuch herangezogen wurden

Suchtmittel	Anzahl	%
Psychopharmaka oder Hypnotika	5	28%
Aufschneiden der Pulsader	6	33%
Psychopharmaka oder Hypnotika plus Aufschneiden der Pulsader (doppelter Versuch)	4	22%
Herunterstürzen	2	11%
Ertrinken	1	6%
zusammen	18	100%

In Tab. 31 ist aufgeführt, daß die "bevorzugten" Mittel für die Suicidversuche unserer Patienten Medikamente oder das Aufschneiden der Pulsader oder eine Kombination von beiden war. Es ist auch in anderen Untersuchungen gezeigt worden, daß Abhängigkeitskranke bei Suicidversuchen primär zu Medikamenten greifen. Dies werden sie vor

allem auch dann tun, wenn wie auch BÖCKER (3) berichtet, Medikamente im Haushalt schnell verfügbar sind, da die Betroffenen in der Regel das gerade bereitliegende Mittel nehmen und nicht erst lange planen (von daher sicher auch das relativ häufige Auftreten vom Schneiden der Pulsader, da Messer überall verfügbar sind).

Wir wollten im Rahmen des Prinzips des "Sozialen Lernens" und des "Lernens am Modell" untersuchen, inwieweit sich die Suicidalität von Familienmitgliedern auf die Suicidneigung unserer Patienten auswirkte.

Tabelle 32: Suicidversuche bzw. suicidale Tendenzen
bei anderen Familienmitgliedern

Suicidtendenzen von Familienmitgliedern	Anzahl	%
Vater	2	4%
Mutter	2	4%
Geschwister	3	6%
nicht vorhanden	43	86%
zusammen	50	100%

Es waren immerhin bei 14% der befragten Patienten Suicidversuche bzw. suicidale Tendenzen beim Vater, bei der Mutter oder bei Geschwistern vorhanden gewesen (Tab. 32).

Bei 2 Patienten fanden sich sogar "gelungene"
Suicide in der Familie (bei Geschwistern) (Tab.33)

Tabelle 33: Suicide bei anderen Familienmitgliedern

Suicide bei Familienmitgliedern	Anzahl	%
Geschwister	2	4%
nicht vorhanden	48	96%
zusammen	50	100%

Tabelle 34: Stellungnahme zur Suicidalität

Stellungnahme zur Suicidalität	Anzahl	%
Verzweiflungs - und Kurzschluß- handlung	12	24%
als Lösung "auf keinen Fall" akzeptabel	18	36%
Leichtsinn	6	12%
Sünde	4	8%
Feigheit	4	8%
Als Lösung "in Notsituationen" akzeptabel	5	10%
keine Stellungnahme	1	2%
zusammen	50	100%

Generell auf unsere Befragten bezogen, sowohl auf die Patienten mit als auch die ohne Suicidtendenzen, ergab sich, daß 36% den Suicid als Problemlösung auf keinen Fall akzeptieren wollten, 24% sahen ihn als Verzweiflungs- und Kurzschlußhandlung an (Tab. 34).

3.1.5. Ergebnisse der Tests und Fragebogen

Testdiagnostisch wurden , wie im Materialteil dieser Arbeit bereits beschrieben, der Fragebogen nach JELLINEK, die Erlanger Depressions-skala und der MWT - B herangezogen.

Tabelle 35: Fragebogen nach JELLINEK

Phasen	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prodromalphase	1	3%	0	-	1	2%
kritische Phase	9	28%	7	39%	16	32%
chronische Phase	22	69%	11	61%	33	66%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Der Fragebogen nach JELLINEK erlaubt es, den Beantworter auf der Basis der Selbsteinschätzung einer der 3 Phasen: Prodromale, kritische oder chronische einzuordnen.

Die 3 Phasen sind geordnet nach dem Schweregrad der auftretenden Symptome, d.h. ganz grob können, wie bereits in der Einleitung erwähnt, Patienten in leichte, schwierige und schwere Krankheitsformen eingeteilt werden. Als Zuordnungskriterien haben wir folgende herangezogen:

1. Wer mehr als 2 Fragen aus der chronischen Phase mit ja beantwortete, wurde dieser zugerechnet.
2. Wer nicht unter 1. fiel, aber 3 oder mehr Fragen aus der kritischen Phase und mindestens eine Frage aus der chronischen Phase mit ja beantwortete, wurde der kritischen Phase zugeordnet.
3. Die übrigen wurden zur Prodromalphase gerechnet.

Diese Kriterien wurden von uns nach der Sinnhaftigkeit und der Aussagekraft der einzelnen Fragebogen erstellt.

Bei unserer Untersuchung ergab sich, daß 2/3 (66%) der untersuchten Patienten (Tab. 35) in die chronische Phase, ca. 1/3 also 32% in die kritische Phase und nur 1 in die Prodromalphase fiel.

Hier scheint die Hypothese bestätigt zu werden, daß sich ein Abhängigkeitskranker meist nur dann in stationäre Behandlung begibt oder geschickt wird, wenn der Schweregrad der Symptomatik bereits sehr hoch ist.

Tabelle 36: Erlanger Depressionsskala (EDS)

	selbstbeurteilte depressive Symptomatik		depressive Stimmung		Einschränkung der Expansivität	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
keine	29	58%	29	58%	33	66%
leicht	13	26%	12	24%	10	20%
schwer	8	16%	9	18%	7	14%
zusammen	50	100%	50	100%	50	100%

Auf der Erlanger Depressionsskala (Tab. 36) können 3 Symptomkomplexe der Depressivität erfaßt werden.

1. Selbstbeurteilte depressive Symptomatik gleich Gesamtwert.

Hier gaben zwar 58% der untersuchten Patienten an, keine depressive Symptome zu haben, 26% erkannten allerdings leichte und 16% sogar schwere depressive Symptome an sich.

2. Depressive Stimmung gleich F I

58% gaben keine, 24% leichte und 18% schwere depressive Stimmungen an.

3. Einschränkung der Expansivität (Rückzugstendenzen) gleich F II

66% gaben keine, 20% leichte, 14% schwere Einschränkungen der Expansivität an.

Für alle 3 Symptomkomplexe gilt mit vergleichbarer Tendenz, daß zwar gut die Hälfte der Patienten meinte, keine Symptome an sich selbst zu erkennen, aber ein nicht unbedeutender Anteil leichte bis schwere depressive Symptome angab.

Tabelle 37: Intelligenz nach MWT - B (Intelligenzquotient)

Intelligenzquotient	Anzahl	%
110 - 140 überdurchschnittliche Intelligenz	9	18%
90 - 110 durchschnittliche Intelligenz	33	66%
70 - 90 unterdurchschnittliche Intelligenz	8	16%
zusammen	50	100%

Die Verteilung der Intelligenz nach dem MWT - B kann als durchaus "normalverteilt" akzeptiert werden, wobei davon auszugehen ist, daß mit 18% (Tab. 37) der Anteil der überdurchschnittlich Intelligenten höher ist als bei vergleichbaren Verfahren; dies kann damit zusammenhängen, daß der MWT - B leichter ist als andere Intelligenzverfahren, oder es nicht auszuschließen ist, daß Hilfsmittel (Bücher usw.) zur Beantwortung mit herangezogen wurden. Insgesamt kann aber festgestellt werden, daß die

Intelligenz bei Alkoholikern annähernd gleich verteilt ist wie bei der Gesamtpopulation.

Soweit die Beschreibung und Diskussion verschiedener ausgesuchter Merkmale, wie Geschlecht und Alter, soziologische Daten, alkoholismusrelevante Merkmale, Suicidalitätsfaktoren, sowie Ergebnisse der Tests und Fragebogen, die sich auf unsere 50 Patienten mit erster klinischer Einweisung wegen Alkoholismus vor dem 30. Lebensjahr beziehen.

3.2 Bedingungsfaktoren der Suicidalität

Im 2. Teil der Ergebnisse wollen wir uns mit den Zusammenhängen zwischen den einzelnen erfragten Faktoren - Persönlichkeitsmerkmale, Umgebungsfaktoren und Krankheitserscheinungen - einerseits und den Suicidtendenzen andererseits beschäftigen.

Die Suicidalität wurde, wie im Methodenteil dieser Arbeit erwähnt, bei allen Zusammenhängen in 3 Kategorien eingeteilt, nämlich

1. Patienten ohne erkennbare Suicidtendenzen
2. Patienten mit Suicidtendenzen
3. Patienten mit Suicidversuchen

(Vergleiche auch STENGEL (35)).

Alle aufgestellten und aufgeführten Zusammenhänge wurden von uns statistisch auf ihre Signifikanz überprüft, und zwar, wie auch im Methodenteil dieser Arbeit näher beschrieben, entweder mit dem χ^2 -Test oder dem KULBACK-Test. Bei der Untersuchung der Frage, ob sich die beiden Geschlechter in Bezug auf ihre Suicidtendenzen unterscheiden, ergab sich bei unseren untersuchten Patienten, daß Männer und Frauen in Bezug auf unsere 3 Suicidalitätsfaktoren annähernd gleich verteilt waren (Tab. 38). Es war kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied feststellbar.

Damit liegen bei unserer Untersuchung die Frauen mit ihrem Anteil an Suicidtendenzen und -handlungen niedriger als dies in vergleichbaren Untersuchungen sonst der Fall ist.

So beschrieb BÖCKER (3) in Zusammenfassung von mehreren Untersuchungen, daß Frauen wesentlich häufiger zu Suicidversuchen neigen als Männer. Bei seiner Studie an der Kölner Bevölkerung etwa 60,6% (Frauen) zu 39,4% (Männer); bei den Suiciden sei das Verhältnis umgekehrt, hier überwiegen die Männer. Es kann hier davon ausgegangen werden, daß das alle 50 Patienten, egal ob Mann oder Frau, betreffende Merkmal, nämlich der Alkoholismus, ausschlaggebend war für dieses Ergebnis. Krankheitsimmanente Einflüsse haben offensichtlich mehr Einflüsse auf die Suicidalität als das Geschlecht.

Tabelle 38: Suicidalität und Geschlecht

Suicidalität	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	11	34%	7	39%	18	36%
mit Suicidgedanken	9	28%	5	28%	14	28%
mit Suicidversuchen	12	38%	6	33%	18	36%
zusammen	32	100%	18	100%	50	100%

Es ist oft bestätigt worden, daß die individuelle Lebensform, insbesondere auch der Familienstand Einfluß auf die Suicidalität einer Person ausübt.

Bei unseren untersuchten Patienten konnte sich allerdings kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer bestimmten Form des Familienstandes und den Suicidtendenzen herstellen lassen (Tab. 39) Dies dürfte ohnehin schwierig sein. Wie auch BÖCKER (3 S.9) beschreibt, "die absolute Häufigkeit der einzelnen Familienstandsmerkmale unter den Patienten mit Suicidversuchen sagt wenig aus. Gerade hier ist die Rückbeziehung auf die Größe der einzelnen Gruppen in der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung".

Tabelle 39: Suicidalität und Familienstand

Suicidalität	verheiratet		ledig		Ehepartner verloren	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	6	29%	10	43%	2	33%
mit Suicid- gedanken	8	38%	5	22%	1	17%
mit Suicid- versuchen	7	33%	8	35%	3	50%
zusammen	21	100%	23	100%	6	100%

Bei unseren im Durchschnitt recht jungen Patienten läßt sich von der Tendenz her feststellen, daß die Ledigen mit einem recht großen Anteil von 43% von Suicidtendenzen frei sind; hier zeigt sich ein Unterschied zu den Ergebnissen von A. CHARITANTIS (9), in dessen Untersuchung eindeutig die Verhei-

rateten mit 60% den größeren Anteil an den Patienten ohne Suicidtendenzen hatten.

Wir denken allerdings, daß die Zuordnung zu einem bestimmten Familienstand qualitativ ohnehin keine große Aussagekraft besitzt.

Hier erscheint es uns wesentlich sinnvoller, die Qualität einer Ehe bzw. Partnerschaft zu erfassen (Tab. 40).

Tabelle 40: Qualität der Ehe bzw. Partnerschaft

Suicidalität	intakt		zerrüttet		keine Partnerschaft	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	10	77%	3	11%	5	46%
mit Suicidgedanken	3	23%	9	35%	2	18%
mit Suicidversuchen	0	-	14	54%	4	36%
zusammen	13	100%	26	100%	11	100%

Und tatsächlich ergab sich bei unseren Patienten sogar auf 1%- Niveau (dies bedeutet, daß die Ergebnisse zu 99% überzufällig sind) bei zweiseitiger Fragestellung folgender signifikanter Zusammenhang:

Personen, die ihre Partnerschaft als intakt bezeichneten, neigten am wenigsten zu Suicidtendenzen, solche dagegen, die ihre Partnerschaft als zerrüttet ansahen, hatten den größten Anteil

an Suicidtendenzen und - versuchen.

Dieser Zusammenhang steht in enger Beziehung zu unserem Ergebnis (Tab.27/28), daß Ehe- und Familienkonflikte als Auslöser für Suicidge- danken und - versuche von unseren Patienten am häufigsten genannt wurden.

BÖCKER (3) kam bei seinen Untersuchungen an Patienten der Kölner Uniklinik zu einem ähn- lichen Ergebnis: Er stellte fest, daß als Sui- cidmotive bei Alkoholismus und Medikamentenmiß- brauch bei Männern und Frauen ca. zu 50% Ehe-, Familien- bzw. Intimkonflikte vorlagen.

Die Bedeutung von Ehe- und Familienschwierig- keiten als Hauptmotiv für Suicidtendenzen wird noch gravierender, wenn wir uns vor Augen hal- ten (Tab. 11), daß insgesamt 76% der unter- suchten alkoholabhängigen Patienten angaben, familiäre Schwierigkeiten zu haben.

Bei diesem Zusammenhang wird die drastische Suicidgefährdung bei alkoholkranken Menschen deutlich; es kann von einer massiven Risiko- gruppe gesprochen werden.

Der geschilderte Zusammenhang sollte weitrei- chende Implikationen für die klinische Praxis bergen, nämlich die Notwendigkeit, im Rahmen einer sinnvollen Suicidprophylaxe bei Alko- holikern verstärkt die Angehörigen, insbeson- dere die (Ehe-) Partner in den Behandlungspro- zeß mit einzubeziehen.

Wie wir im Rahmen der Grundauszählung unserer Untersuchungsergebnisse bereits erläutert haben (Tab. 6) sind gerade junge Alkoholranke von einem deutlichen beruflichen Absturz oder sogar von Arbeitslosigkeit betroffen. Es ist interessant, gerade bei diesem Personenkreis auch den Zusammenhang zur Suicidalität zu überprüfen (Tab.41).

Tabelle 41: Suicidalität und jetziger Berufsstand

Suicidalität	Berufsstand erhalten		beruflicher Absturz		Arbeitslose		Hausfrauen/Rentner	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	7	35%	3	50%	5	25%	3	75%
mit Suicid-gedanken	8	40%	0	-	5	25%	1	25%
mit Suicid-versuchen	5	25%	3	50%	10	50%	0	0%
zusammen	20	100%	6	100%	20	100%	4	100%

Hier zeigt sich, daß unsere Ergebnisse ganz knapp an einem streng statistisch signifikanten Zusammenhang auf dem 5%- Niveau vorbeigingen (es mußte wegen der relativ großen Anzahl von Kategorien ein hoher Freiheitsgrad von 6 zugrunde gelegt werden). Es läßt sich aber mit einer sehr deutlichen Tendenz aussagen, daß die Patienten, die arbeitslos waren, wesentlich häufiger Suicidversuche un-

ternahmen als solche, die ihren Berufsstand erhalten konnten. Die Bedeutung von Arbeitslosigkeit für das Suicidrisiko wurde bereits schon von BÖCKER (4) hervorgehoben, der Arbeitslose als soziale Randgruppe einordnet.

Da bei der sich abzeichnenden wirtschaftlichen Entwicklung mit einer ansteigenden Arbeitslosenquote gerechnet werden muß, der Alkoholismus auch immer weiter ansteigt, sollte gesundheitspolitisch und im klinischen Rahmen mehr Augenmerk auf diesen Risikofaktor gelegt werden.

Tabelle 42: Suicidalität und Beziehung zwischen Eltern und Kindern

Suicidalität	harmonisch		disharmonisch	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	11	42%	7	29%
mit Suicidgedanken	6	23%	8	33%
mit Suicidversuchen	9	35%	9	38%
zusammen	26	100%	24	100%

Bei der Untersuchung des Einflusses der häuslichen Beziehung auf die Suicidalität, konkret die Beziehung zu den Eltern und die zwischenelterliche Beziehung (Tab. 42/43) ergaben folgende Ergebnisse:

Tabelle 43: Suicidalität und zwischenelterliche Beziehung

Suicidalität	intakt		nicht intakt		nicht feststellbar*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	13	45%	4	27%	1	17%
mit Suicidgedanken	6	21%	5	33%	3	50%
mit Suicidversuchen	10	34%	6	40%	2	33%
zusammen	29	100%	15	100%	6	100%

Für beide Faktoren zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zum Suicidrisiko, was bedeutet, daß bei unseren Alkoholabhängigen, diese Faktoren keinen Einfluß auszuüben scheinen. Dennoch läßt sich eine leichte Tendenz ablesen, daß nämlich die Patienten, die eine harmonische Beziehung zu ihren Eltern hatten oder die Beziehung zwischen ihren Eltern als harmonisch erlebten, weniger zu Suicidtendenzen neigten als solche, bei denen die Beziehungen nicht als harmonisch eingeschätzt wurden.

Wir erzielten mit unseren Ergebnissen vergleichbare Aussagen, zu denen auch STRASSER (33) mit ihrer Untersuchung der Suicidalität von zyklotym Depressiven gelangte. Sie ermittelte, daß der Einfluß der Kindheit und des Elternhauses

* (Halbwaise, "broken home", elternlos)

auf die Suicidalität bei jüngeren Patienten (Erkrankungsbeginn vor dem 40. Lebensjahr) sehr gering ist, während es im hohen Alter (Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr) wesentlich an Bedeutung dazugewinnt (WEIG (34)).

STRASSER (33) bietet für diesen Unterschied folgende Erklärung an: Bei älteren Menschen gewinnen frühe Erlebnisse wieder an Relevanz, während sie im mittleren Lebensalter hinter aktuellen Problemen zurücktreten.

Tabelle 44: Suicidalität und Anzahl der Sozialkontakte

Suicidalität	Einzelgänger		Gesellig	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	6	30%	12	40%
mit Suicid-gedanken	6	30%	8	27%
mit Suicid-versuchen	8	40%	10	33%
zusammen	20	100%	30	100%

Ebenfalls scheint es bei unseren Patienten, also Alkoholikern, deren erste klinische Einweisung vor dem 30. Lebensjahr lag, nicht von signifikanter Bedeutung zu sein, ob der Betreffende stark oder eher schwach an Sozialkontakten

orientiert ist (gesellig versus Einzelgänger). Allerdings läßt sich auch hier eine leichte Tendenz feststellen (Tab. 44), daß nämlich die Einzelgänger stärker zu Suicidversuchen neigen, und die geselligen Typen eher ohne Suicidtendenzen sind.

Tabelle 45: Suicidalität und finanzielle Schwierigkeiten

Suicidalität	vorhanden		nicht vorhanden	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	5	23%	13	46%
mit Suicidgedanken	4	18%	10	36%
mit Suicidversuchen	13	59%	5	18%
zusammen	22	100%	28	100%

Als deutlich signifikant erwies sich aber ein anderer Zusammenhang, und zwar der zwischen finanziellen Schwierigkeiten und der Suicidalität (Tab. 45). Sogar auf dem 1%- Niveau, bei zweiseitiger Fragestellung, erwies sich, daß Patienten, bei denen finanzielle Schwierigkeiten vorhanden waren, wesentlich häufiger zu Suicidversuchen neigten als die Patienten, bei denen keine finanziellen Probleme existierten. Die finanziellen Schwierigkeiten sind sicher-

lich im engen Zusammenhang zur hohen Arbeitslosigkeit und dem häufigen beruflichen Absturz der Patienten mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr zu sehen, die ja bereits eingehend beschrieben wurden.

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur Arbeit von A. CHARITANTIS (9), der bei seinen Patienten (mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr) weder bei der Arbeitslosigkeit noch bei den finanziellen Problemen einen Zusammenhang zur Suicidalität fand.

Tabelle 46: Suicidalität und Konfession

Suicidalität	katholisch		evangelisch	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	5	28%	13	41%
mit Suicidgedanken	5	28%	9	28%
mit Suicidversuchen	8	44%	10	31%
zusammen	18	100%	32	100%

Es ist davon auszugehen, daß auch heute noch die Religionszugehörigkeit und der Glaube einen Einfluß auf die Lebensbejahung und damit auch auf das Suicidgeschehen besitzen. Bei unseren Patienten ergab sich, daß signifikant mehr Katholiken zu Suicidversuchen neigen als Protestanten (Tab. 46)

BÖCKER (3) erhielt bei einer Untersuchung in Köln ein umgekehrtes Verhältnis als Ergebnis. Wir gehen davon aus, daß dieser Unterschied aus unserer Untersuchung inhaltlich keine Aussage machen kann und zwar aus folgendem Grund: Wie bereits schon in der Grundauszählung näher beschrieben (Tab. 9/10) gehörten zwar alle von uns untersuchten Patienten einer christlichen Glaubensgemeinschaft an, es konnte jedoch im Grunde genommen bei niemandem von einer wirklichen religiösen Bindung ausgegangen werden. Die "bloße Konfessionszugehörigkeit" macht also über den Glauben noch gar keine Aussage. Angaben über religiöse Bindungen sollten deswegen sehr kritisch beurteilt werden.

Tabelle 47: Suicidalität und Tiefe der religiösen Bindung

Suicidalität	tiefe		gleichgültige		keine	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	1	33%	14	34%	3	50%
mit Suicidgedanken	0	-	12	29%	2	33%
mit Suicidversuchen	2	67%	15	37%	1	17%
zusammen	3	100%	41	100%	6	100%

Es ist leider davon auszugehen, daß alkohol-
kranke Menschen jeden Halt und Glauben ver-
loren haben, also stark entwurzelt sind und
von daher auch die religiöse Bindung verlo-
rengegangen ist.

Die Untersuchung des Einflusses von Suicid-
tendenzen bei Angehörigen der Patienten auf
die eigene Suicidalität zeigte keine signi-
fikanten Zusammenhänge (Tab. 48).

Tabelle 48: Relation in der Suicidalität bei
nächsten Angehörigen und Patienten

Suicidalität	Angehörige ohne Suicidtendenzen		Angehörige mit Suicidtendenzen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	15	42%	3	21%
mit Suicid- gedanken	8	22%	6	43%
mit Suicid- versuchen	13	36%	5	36%
zusammen	36	100%	14	100%

Dennoch ist auch hier in der Tendenz feststell-
bar, daß die Personen, die aus einer "unbe-
lasteten" Familie kamen, d.h. deren Angehörigen
keine Suicidtendenzen zeigten, selbst auch am
wenigsten suicidgefährdet waren.

Tabelle 49: Suicidalität und Abususdauer

Suicidalität	1 bis 5 Jahre		5 bis 10 Jahre		über 10 Jahre	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	6	33%	9	41%	3	30%
mit Suicid- gedanken	7	39%	5	23%	2	20%
mit Suicid- versuchen	5	28%	8	36%	5	50%
zusammen	18	100%	22	100%	10	100%

Wir hätten vermuten können, daß die Zeitdauer die ein Alkoholiker schon Abusus betreibt, in einem Zusammenhang zur Suicidalität steht. Hier ergab sich jedoch (Tab. 49), daß bei unseren alkoholabhängigen Patienten (alle erste klinische Einweisung vor dem 30. Lebensjahr) keine signifikanten Unterschiede auftraten. Hier sollte aber nochmals daraufhin gewiesen werden, daß unsere Patienten, die im Durchschnitt eine kürzere Abususdauer aufwiesen, wesentlich suicidgefährdeter waren als die Patienten von A. CHARITANTIS (9) die im Durchschnitt eine wesentlich längere Zeit Abusus betrieben.

Es könnte nocheinmal vermutet werden, daß sich bei den jungen Alkoholikern der Teufelskreis wesentlich schneller dreht - Arbeitslosigkeit - finanzielle Probleme - Zusammenbruch - und damit

auch die Verzweiflung schneller ansteigt, als dies bei älteren der Fall ist.

Tabelle 50: Suicidalität und Phasen nach
JELLINEK

Suicidalität	Prodromale Phase		kritische Phase		chronische Phase	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	0	-	6	38%	12	36%
mit Suicid-gedanken	0	-	3	19%	11	33%
mit Suicid-versuchen	1	100%	7	43%	10	31%
zusammen	1	100%	16	100%	33	100%

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem "Schweregrad der alkoholischen Symptome" und der Suicidalität konnte nicht erhoben werden; d.h. Personen, die in die chronische Phase nach JELLINEK einzuordnen waren, waren genauso viel oder genauso wenig suizidgefährdet wie die aus der kritischen Phase. Dies bedeutet dann aber auch, daß ein Abhängiger, der noch nicht bis in die "absoluten Tiefen" des Alkoholismus gelangt ist, genauso suizidgefährdet ist, wie jemand kurz vor oder im Zusammenbruch.

Es ist eine umstrittene Tatsache, daß die Depressionsneigung eines Menschen einen starken Zusammenhang zur Suicidalität aufweist; Depressive stellen die größte Risikogruppe für Suicide dar (HUBER 19).

Wir untersuchten daher, wie stark alkoholabhängige Patienten zur Depressivität neigen und wie diese sich dann auf die Suicidalität auswirkt. Zur Erfassung der Depressivität benutzten wir die Erlanger Depressionsskala, wobei angemerkt werden sollte, daß umfangreiche Erfahrungen mit dieser Skala bisher nur bei endogen Depressiven gewonnen wurden (LEHRL und GALLWITZ (21)).

Tabelle 51: Suicidalität und selbstbeurteilte depressive Symptomatik (Gesamtwert)

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	8	42%	8	35%	2	25%
mit Suicid-gedanken	3	16%	7	30%	4	50%
mit Suicid-versuchen	8	42%	8	35%	2	25%
zusammen	19	100%	23	100%	8	100%

Tabelle 52: Suicidalität und depressive Stimmung (Faktor 1)

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	8	44%	7	30%	3	33%
mit Suicid-gedanken	4	22%	8	35%	2	22%
mit Suicid-versuchen	6	34%	8	35%	4	45%
zusammen	18	100%	23	100%	9	100%

Tabelle 53: Suicidalität und Einschränkung der Expansivität (Faktor 2)

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicid-tendenzen	11	41%	6	37%	1	14%
mit Suicid-gedanken	7	26%	3	19%	4	57%
mit Suicid-versuchen	9	33%	7	44%	2	29%
zusammen	27	100%	16	100%	7	100%

Bei unseren Ergebnissen war kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Kriterien der Depressivität und der Suicidalität feststellbar (Tab. 51/52/53).

Bei der Untersuchung von A. CHARITANTIS (9) lassen sich für Patienten mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr allerdings tendenzielle Zusammenhänge finden.

Tabelle 54: Suicidalität und Intelligenz

Suicidalität	überdurchschnittlich		durchschnittlich		unterdurchschnittlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne erkennbare Suicidtendenzen	3	33%	11	33%	4	50%
mit Suicidgedanken	2	22%	8	24%	4	50%
mit Suicidversuchen	4	45%	14	43%	0	-
zusammen	9	100%	33	100%	8	100%

Die intellektuelle Kapazität, die wir mit dem MWT - B ermittelten, schien keine signifikanten Zusammenhänge zur Suicidalität unserer Patienten aufzuweisen (Tab. 54). Eine Tendenz ist allerdings bemerkenswert, vor allem im Vergleich mit der Arbeit von A. CHARITANTIS (9)- Bei unseren Patienten mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr waren die

überdurchschnittlich Intelligenten stark vertreten bei den Suicidgedanken und vor allem bei den Suicidversuchen. Bei A. CHARITANTIS (9) waren die überdurchschnittlich Intelligenten mehrheitlich nicht suicidal.

Hier könnte sich andeuten, daß, wer bei den jungen Leuten am stärksten fähig ist, seine mißliche Lage und Situation reflektiert zu erfassen, - Arbeitslosigkeit, finanzieller Ruin - am schnellsten daran verzweifeln kann und zu Suicid neigt.

Damit schließen wir die Darstellung und Diskussion des Zusammenhangs zwischen ausgesuchten Faktoren und der Suicidalität bei Alkoholikern mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr ab.

4. Diskussion

Zu dieser Arbeit war eine nähere Auseinandersetzung mit einer bestimmten suicidgefährdeten Gruppe, nämlich den Alkoholikern bzw. Alkoholabhängigen und das Herauskrystallisieren von Faktoren oder Bedingungen, die die Suicidalität in dieser Risikogruppe beeinflussen können.

Zunächst einmal muß als Basis festgestellt werden, daß entsprechend unserer Ergebnisse die Suicidalität bei alkoholabhängigen Patienten, deren erste klinische Einweisung vor dem 30. Lebensjahr erfolgte, tatsächlich erschreckend hoch ist:

Von 50 Patienten zeigten nur 18 (36%) gar keine Suicidtendenzen, 14 (28%) kannten Suicidgedanken und 18 (36%) hatten schon Suicidversuche unternommen; das bedeutet, daß bei 64% der noch recht jungen Alkoholiker Suicidtendenzen vorlagen, und dies bei Männern und Frauen zu gleichen Teilen. Damit liegt die Suicidalität in dieser Personengruppe wesentlich über der von älteren Alkoholikern mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr (A. CHARITANTIS (9)).

Es ist deutlich geworden, daß es einige Faktoren gibt, die offensichtlich einen Einfluß auf die Suicidalität bei Alkoholikern besitzen.

Zum einen zeigte sich, daß die Qualität der Partnerschaft und damit das erfahrene Maß an Verständnis und Geborgenheit, erheblichen Einfluß haben. Wird die Partnerschaft als intakt erlebt sinkt das Suicidrisiko erheblich, ist sie zerrüttet, steigt es. Wenn man sich dann vor Augen hält, daß die meisten der alkoholabhängigen Patienten generell Partnerschaftskonflikte und familiäre Schwierigkeiten haben und dieser Konfliktkomplex das Hauptmotiv für Suicidhandlungen darstellt, wird deutlich, wie stark alkoholabhängige Patienten gefährdet sind, und sie eine massive Risikogruppe darstellen.

Es zeigte sich, daß neben der Qualität der Partnerschaft die Berufssituation einen entscheidenden Einfluß auf die Suicidalität der untersuchten Patienten ausübte: Arbeitslose junge Alkoholabhängige und solche, die einen beruflichen Absturz hinnehmen mußten, neigten deutlich stärker zu Suicidhandlungen und -tendenzen als solche, die noch im Beruf tätig sein konnten. Eng verbunden mit dieser beruflichen Situation zeigte sich die wirtschaftliche bzw. finanzielle Lage dieser Risikogruppe: Die alkoholabhängigen Patienten, die finanzielle Schwierigkeiten hatten, zeigten wesentlich mehr Selbstmordversuche als die, die diese Probleme nicht hatten. Hier zeigte sich ein wesentlicher Unterschied zu den Ergebnissen von A. CHARITANTIS (9) an Alkoholikern mit erster klinischer Einweisung

nach dem 30. Lebensjahr: Die Suicidalität der von ihm untersuchten Patienten wurde kaum oder gar nicht - bis auf den Faktor "Qualität der Partnerbeziehung" - von krankheitsexternen Faktoren, wie soziologische Bedingungen oder Umweltbedingungen beeinflußt. Hier schienen wesentlich deutlicher krankheitsimmanente Faktoren für die Suicidalität des Alkoholikers verantwortlich zu sein; es ist zu vermuten, daß sich in diesem Falle die Krankheit bereits verselbständigt hat.

Bei unseren Patienten zeigte sich zwar auch, daß die meisten der übrigen untersuchten Faktoren in keinem signifikanten Zusammenhang zur Suicidalität standen und damit auch deutlich krankheitsimmanente Faktoren wirksam sind, dennoch kann aber davon ausgegangen werden, daß bestimmte Bedingungen wesentlichen Einfluß ausüben.

Gerade hier liegen ganz wichtige Implikationen für die klinische Praxis und damit für die Suicidprophylaxe bei Alkoholikern.

Zum einen sollten in jedem Fall der Ehepartner oder Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden, da deutlich geworden ist, welche Bedeutung diesem Konfliktfeld bei Alkoholikern zukommt.

Zum anderen sollte die berufliche Situation und dort meist die berufliche Reintegration mit einbezogen werden, die für sich allein und in einer sehr engen Verbindung mit der wirtschaftlichen bzw. finanziellen Situation des Alkoholikers sehr bedeutungsvoll ist. Hier liegt sicherlich auch zu

einem großen Teil ein gesellschaftspolitisches bzw. wirtschaftspolitisches Problem, zumal die Arbeitslosenquoten generell immer stärker ansteigen.

Es wurde bereits erwähnt, daß sich die alkoholabhängigen Patienten unserer Untersuchung (erste klinische Einweisung vor dem 30. Lebensjahr) in ihrer Suicidalität und in den Faktoren, die diese Suicidalität beeinflussen können, von den Patienten der Arbeit von A. CHARITANTIS (9), erste klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr unterscheiden.

Auch läßt sich ein "Prägnanztyp" des jungen Alkoholabhängigen aus unseren untersuchten Patienten herauskristallisieren, der sich von dem bei A. CHARITANTIS (9) unterscheidet. Somit läßt sich die Zuteilung der Patienten nach dem herangezogenen Kriterium (30 Jahre) als sinnvoll und fruchtbar bezeichnen.

Der "Prägnanztyp" unserer Patientengruppe ließe sich wie folgt beschreiben: Es handelt sich um einen normal intelligenten Mann, im Durchschnittsalter von 27,5 Jahren (aber auch Frau), mit Berufsschulabschluß, Facharbeiter oder Handwerker, häufigen Arbeitsstellenwechsel, jetzt arbeitslos, mit finanziellen Problemen belastet, einer christlichen Konfession angehörig aber ohne wirkliche religiöse Bindung, Probleme mit dem (Ehe-) Partner, eher ein geselliger Typ, ohne differenzierte Interessen oder Hobbies, seit 5 - 10 Jahren Alkoholabusus, meint er trinke in erster Linie aus Gewohnheit, der aber bereits in die chronische Phase nach JELLINEK einzuordnen ist, der bisher noch kein Delir hatte, noch

keine Entwöhnungsbehandlung mitgemacht hat, der keine eindeutige depressive Symptomatik zeigt, aber stark suicidgefährdet ist, bzw. schon unter Alkoholeinfluß Suicidtendenzen gezeigt hat. Zur Verdeutlichung werden einige kasuistische Belege angeführt, die bestimmte Aspekte dieses "Prägnanztypus" verdeutlichen.

Beispiele

=====

1. Name: S. E.

geboren: 1949

Geschlecht: männlich

Familienstand: geschieden

Beruf: gelernter Maurer

z.Z. arbeitslos

Religion: evangelisch

Einweisungsdiagnose: Alkoholismus,

Selbstmordversuch

Einweisungsmodus: Vorläufige Verwahrung

Zur Anamnese gab der Patient an:

Vater zuckerkrank mit 86 Jahren, sei vor etwa 5 Jahren verstorben. Mutter 60 Jahre alt, gesund. Vater sei als Fabrikant tätig gewesen, Mutter Hausfrau. Er habe noch 3 Stiefgeschwister (aus der ersten Ehe des Vaters). 2 Brüder seien im Krieg gefallen. Er habe noch eine gesunde Schwester. Die Eltern hätten eine ruhige normale Ehe geführt. Sie seien streng zu den Kindern gewesen (besonders die Mutter) und sie hätten öfters geschimpft. Einer von seinen Brüdern habe regelmäßig Alkohol zu sich genommen. Suicidtendenzen oder Selbstmordversuche seien in der Familie nicht bekannt. Der Patient habe 8 Jahre die Volksschule besucht. Er sei ein guter Schüler gewesen. Er habe immer gute Noten gehabt. Danach habe er 3 Jahre eine Lehre als Maurer absolviert. Bis zu der Militärzeit sei er in seinem Beruf tätig ge-

wesen. Nach seiner Entlassung von der Bundeswehr habe er etwa 3 Jahre lang als Maurer gearbeitet. Er habe aber selbst gekündigt und sei etwa 18 Monate lang arbeitslos gewesen. Er habe dann wieder einen Arbeitsplatz in seinem Beruf gefunden. Habe aber in angetrunkenem Zustand im Juni 1979 einen Arbeitsunfall verursacht und sei etwa 6 Monate lang krankgeschrieben gewesen. Daraufhin sei seine Entlassung erfolgt. 1970 habe er geheiratet, 1977 sei die Ehe aufgrund massiver Konfliktsituationen auseinandergegangen (die Ehefrau sei angeblich nicht vernünftig gewesen, deswegen habe der Patient die Scheidung eingereicht). Aus der Ehe seien 2 gesunde Kinder hervorgegangen, ein Sohn, der jetzt 9 Jahre alt sei und eine Tochter die 7 Jahre alt sei, alle beide leben bei der Mutter. Nach der Scheidung sei die Mutter weit weg gezogen (Frankfurt). Seitdem habe der Patient keinen Kontakt mehr zu seinen Kindern. Er habe seine Kinder seit 1 Jahr nicht mehr gesehen. Er dürfe nur einen Tag seine Kinder bei sich haben (ohne Übernachtung).

Sie wohnen jetzt so weit entfernt (400 km), daß er es nicht schaffe, die Kinder an einem Tag zu besuchen. Außerdem würde es sich für die paar Stunden nicht lohnen. Dabei habe er in Erfahrung gebracht, daß seine Kinder von seiner geschiedenen Frau und ihrem Freund mißhandelt werden, und daß die Kinder wieder zurück zum Vater wollen, sie trauen sich aber nicht etwas zu sagen, weil sie

Angst vor ihrer eigenen Mutter haben. Er selbst wisse nicht was er tun soll. Er trinke aus Verzweiflung, um alles vergessen zu können. Sein Trinken habe bereits mit 16 Jahren begonnen. Schlimm sei es aber erst die letzten 2 Jahre geworden (nach seiner Scheidung). Er trinke meistens Bier (angegebene durchschnittliche Menge etwa 6 Flaschen pro Tag) (?)

Während seiner Trunkenheit habe er sich auch schon Selbstmordgedanken gemacht. Er habe deswegen mit einem Messer sich am Handgelenk geschnitten. Er habe sich die Pulsadern aufschneiden wollen. Seine Beruhigungsmittel, die er vom Hausarzt bekommen habe, habe er noch mit Alkohol eingenommen. Er habe nicht mehr aufwachen wollen. Wenn er nicht betrunken sei, wisse er ganz genau, daß ein Selbstmord eine Dummheit sei. Er habe sich auf gar keinen Fall umbringen wollen, denn er würde niemandem einen Gefallen damit tun. Sich selbst eigentlich auch nicht. Die Gedanken aber über einen Selbstmord seien erst dann gekommen, wenn er betrunken gewesen sei. Über eine Bindung zur Religion befragt, gibt er an, "vielleicht gäbe es ein höheres Wesen, sicher sei er aber nicht. Auf gar keinen Fall einen Gott, so wie die Kirche es meint. Wenn es einen Gott gäbe, würde es nicht immer wieder einen Krieg in der Welt geben". Der Patient bezeichnet sich als einen fröhlichen, unternehmungslustigen Menschen. Bezüglich seines Alkoholmißbrauchs befragt, sagte er, er habe immer gedacht, daß er im Vergleich zu den anderen Leuten weniger getrunken habe. Auf jeden Fall wol-

le er jetzt nicht mehr weiter trinken, da seine Leber keinen Alkohol mehr vertrage.

2. Name, Vorname: G. W.

geboren: 1953

Geschlecht: männlich

Familienstand: ledig

Beruf: Arbeiter

Religion: evangelisch

Einweisungsdiagnose: Alkoholismus

Einweisungsmodus: Vorläufige Verwahrung

Angaben des Patienten zur Familien- und Sozialanamnese:

Vater Sägewerksarbeiter von Beruf, mit 74 Jahren gestorben. Mutter früher auch Arbeiterin, jetzt Rentnerin. Der Patient sei als einziges Kind bei seinen Eltern aufgewachsen. Die Eltern hätten eine normale, ruhige Ehe geführt. Sie seien aber sehr streng zu ihm gewesen, besonders die Mutter. Sie habe öfters ihr Kind geschlagen und zuhause eingesperrt. Befragt über Alkoholmißbrauch oder Suicidtendenzen bei anderen Familienmitgliedern antwortete der Patient ganz spontan, ein Cousin von ihm, zu dem er einen besonders guten Kontakt habe, sei Trinker gewesen. In betrunkenem Zustand sei er mit seinem Auto tödlich verunglückt. Die Frau dieses Mannes habe sich vor dem Tod ihres Ehemannes aufgehängt. Zu seiner Bildung und sozialen Entwicklung gibt er an, er habe 8 Jahre die Volksschule besucht. Er sei ein guter Schüler gewesen. Nach 3 Jahren Berufsschule habe

er Gärtner gelernt und sei bei der gleichen Firma noch 1 Jahr tätig gewesen. Danach habe er ein Jahr als Arbeiter in einer Schuhfabrik gearbeitet, danach Bundeswehrdienst. Als er vom Militär entlassen worden sei, sei er etwa 6 Monate lang arbeitslos gewesen. Dann habe er 9 Monate lang in einer elektrotechnischen Fabrik gearbeitet. Wegen Körperverletzung habe er eine Gefängnisstrafe von 7 Monaten bekommen. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis habe er gleich eine Arbeit gefunden, sei dort aber nur 6 Monate lang tätig gewesen. Wegen seines Alkoholmißbrauchs habe er diesen Arbeitsplatz verloren. Er sei fristlos gekündigt worden. Der Patient sei ledig, wohne bei der Mutter. Aufgrund seiner Trinkerei sei er immer reizbar gewesen, öfters aggressiv seiner Mutter und anderen Leuten gegenüber gewesen. Über seine Alkoholanamnese gibt er an, er habe mit 15 Jahren das Trinken begonnen. Damals etwa 3 Flaschen Bier pro Tag. 3 Jahre später dann bis 12 Flaschen Bier täglich. Die letzten 6 Jahre habe er bis zu 20 Flaschen Bier pro Tag getrunken, Schnaps und Wein seien öfters auch noch dazugekommen. 1977 sei er in einem psychiatrischen Krankenhaus wegen Alkoholismus und Selbstmordversuch behandelt worden. 1978 sei eine Langzeitbehandlung (etwa 5 Monate lang) gefolgt. Er habe nach der Entlassung etwa 9 Monate lang absolut abstinert gelebt. Auf die Frage, wie er seinen Abusus bewerte, antwortete der Patient, seine ganze Existenz hätte sich unter Alkoholeinfluß geändert. Er mache sich gesundheitlich kaputt. Sei aggressiv und asozial geworden und

habe öfters seine Arbeit dadurch verloren. Über seinen Selbstmordversuch berichtete er: Als seine Freundin ihn wegen seiner Trinkerrei verlassen wollte, hätten sich die beiden ganz massiv gestritten. Der Patient, der bereits angetrunken gewesen sei, habe nach diesem Streit wieder die Kneipe aufgesucht und weiter getrunken. Als er zurück nachhause gekommen sei, habe er noch weiter getrunken. Anscheinend habe er dann mit Selbstmordabsichten seine Pulsader aufgeschnitten. Wie es geschah, könne er aber nicht berichten. Er könne sich an nichts mehr erinnern, sei nur im Krankenhaus aufgewacht, über seine Stellungnahme der Suicidalität gegenüber befragt, sagte er: "Unter Alkoholeinfluß komme man wahrscheinlich auf Ideen, die man im nüchternen Zustand nie akzeptieren würde. Einen Selbstmord im nüchternen Zustand könne er sich nur dann vorstellen, wenn man sehr schwierige Probleme hätte..... z.B. wenn man Schulden hätte".

Über seine Bindung zur Religion befragt sagte er, daß er schon an ein höheres Wesen glaube, aber nicht an den Gott, den die Kirche meine. Deswegen gehe er auch nicht in die Kirche.

3. Name, Vorname: P. H.
geboren: 1947
Alter: 32 Jahre
Geschlecht: weiblich
Familienstand: verheiratet
Beruf: Kassiererin
Religion: römisch-katholisch
Einweisungsdiagnose: Alkoholismus
Einweisungsmodus: freiwillig

Zur Anamnese gab sie an:

Vater Bäcker von Beruf. Wegen Kriegsverletzungen sei er Rentner. Mutter Hausfrau. Der Reihe nach sei die Patientin die 2. unter 5 Geschwistern. Vater sei Trinker gewesen. Unter Alkoholeinfluß sei er öfters zornig gewesen und habe die Mutter geschlagen. Zu den Kindern seien die Eltern auch streng gewesen. Suicidversuche oder suizidale Tendenzen in der Familie seien nicht vorhanden. Die Patientin habe 8 Jahre die Volksschule besucht, sie sei eine gute Schülerin gewesen. Anschließend ein Jahr Haushaltsschule. Dann immer wieder als Kassiererin oder Verkäuferin tätig gewesen. Anfangs bei der Firma Hertie, dann etwa 8 Jahre lang aufgehört, sie sei zuhause geblieben. Von 1978 bis 1979 bei einer Firma als Kassiererin tätig, dann habe sie wieder aufgehört. Seit Mai 1980 bei einem Lebensmittelgroßhandel als Kassiererin tätig. Sie habe 1966 geheiratet. Aus dieser Ehe stammten 5 Kinder. Mit ihrem Mann, der auch ein Trinker sei, verstehe sie sich überhaupt nicht. Es gäbe deswegen fast täglich heftige Auseinander-

setzungen. Ihr erstes Kind (Tochter) habe diesen Zustand zuhause nicht mehr ertragen können. Sie habe deswegen das Haus verlassen und sei zu ihren Großeltern (Eltern der Patientin) umgezogen. Die Patientin selbst sei auch seit 2 Monaten weg von zuhause. Sie habe die erste Zeit mit ihrem Freund, der auch verheiratet sei, zusammengelebt. Dieser aber habe sie auch verlassen und sei zurück zu seiner Familie gegangen. Die Patientin sei so oft und so brutal von ihrem Mann geschlagen worden, so daß sie auch aus diesem Grunde öfters ins Krankenhaus gemußt habe. Während dieser Konfliktsituationen habe die Patientin öfters an einen Selbstmord gedacht. Einmal, als sie sehr brutal von ihrem Mann geschlagen worden sei, habe sie mehrere Beruhigungstabletten mit Alkohol geschluckt. Daraufhin sei sie weg von zuhause und habe einen Spaziergang machen wollen. Unterwegs habe sie die Müdigkeit gespürt und habe sich im Freien hingelegt und sei eingeschlafen. Sie sei von einem Polizisten aufgefunden und in ein Krankenhaus gebracht worden. Als sie wieder zu sich gekommen sei, sei sie froh gewesen, daß es nicht anders ausgegangen sei. Sie wisse ganz genau, daß ein Selbstmord kein Ausweg für ihre Problematik sei. Aber "wenn man so weit sei, könne man nicht mehr denken", man wolle nur seine Ruhe haben und mit einem Selbstmord habe man sofort seine Ruhe. Über ihre Bindung zu Gott befragt sagt sie: "Sie glaube schon, daß es einen Gott gebe, nur glaube sie nicht, daß dieser Gott auf irgendeine Weise ihr bei der Proble-

matik helfen könne". Bezüglich ihrer Alkohol-anamnese befragt, antwortete sie, dem Alkoholkonsum hätte sie erst nach ihrer Heirat zugesprochen. Anfangs 3 - 4 mal wöchentlich etwa 3 Flaschen Bier und 3 - 4 Schnäpse dazu. Erhebliche Steigerung der Alkoholmenge erst seit ca. 1 Jahr mit etwa 5 - 6 Flaschen Bier und viel Schnaps dazu. Über die Bewertung des Alkoholmißbrauchs befragt sagt sie, daß sie seine destruktive Wirkung in ihrem Körper und ihrem Geist gemerkt habe. "Sie könne nicht mehr normal denken wie früher".

Zum Abschluß der Diskussion möchten wir noch kurz anmerken, daß die Ergebnisse, die wir aus der Untersuchung verwerten konnten, fast ausschließlich aus der psychiatrischen Exploration stammen; die Auswertung des Tests bzw. Fragebogen (JELLINEK - Fragebogen/EDS(MWT-B)) konnte unsere Fragestellung keine zusätzlichen und sinnvollen Informationen beisteuern.

Dann möchten wir noch darauf hinweisen, daß wir uns bei der vorliegenden Arbeit an manchen Stellen mit Hinweisen begnügen mußten. Unter Umständen konnten mögliche Zusammenhänge statistisch nicht als signifikant bestätigt werden, da die Anzahl von 50 Patienten dafür zu klein war. Dennoch ergaben sich, wie deutlich gezeigt worden ist, wichtige Hinweise und Konsequenzen für die klinische Praxis.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden 50 alkoholabhängige Patienten mit erster klinischer Einweisung wegen Alkoholismus vor dem 30. Lebensjahr untersucht.

Erfaßt wurde zunächst die Verteilung von verschiedenen Merkmalen oder Faktoren - soziologische, alkoholismusrelevante suicidalitätsbezogene - zur Beschreibung der Patientengruppe. Dann erfolgte eine Diskussion von möglichen Bedingungen, die die Suicidalität bei Alkoholikern beeinflussen.

Es zeigte sich, daß junge Alkoholabhängige eine stark suicidalgefährdete Gruppe bilden, nur 36% zeigten keine Suicidtendenzen.

Beeinflußt wird ihre Suicidalität in erster Linie durch Probleme in der Ehe, Partnerschaft oder Familie, beruflichen Abstieg, Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme.

Diese Zusammenhänge wurden statistisch überprüft und kasuistisch belegt.

Aus den beschriebenen Zusammenhängen ergaben sich Hinweise und Konsequenzen für die klinische Praxis und konkret für die Suicidprophylaxe bei jungen Alkoholikern.

6. Literaturverzeichnis

=====

1. ANTONS, A. Therapie des Alkoholismus
 Methoden und Probleme
 Nicol, Kassel (1976)
2. BIENER, K. Selbstmord - noch viele
 ungelöste Aufgaben
 Psycho 6 (1981) 395-398
3. BÖCKER, F. Suicide und Suicidversuche
 Thieme, Stuttgart (1973)
4. BÖCKER, F. Möglichkeiten zur Suicid-
 prophylaxe und nachgehender
 Fürsorge
 Öffentliches Gesundheitswesen
 41 (1979) 850-856
5. BÖCKER, F. Suicidalität -Diagnose und
 Therapie
 Psycho 7 (1980) 331
6. BÖCKER, F. Suicidalität bei Alkoholismus
 In: Krankheit Alkoholismus
 H.H. Wieck , A. Schrader
 H. Daun, R. Witkowski (Hrsg)
 perimed - Erlangen (1982)
7. BOESTEN, H. Selbstmordversuche
 Psychologie Heute 10 (1982) 64-71

8. BORTZ, J. Statistik
Springer Berlin
-Heidelberg - New York (1979)
9. CHARITANTIS, A. Suicidalität bei Alkoholismus - Untersuchungen an Patienten mit 1. klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1982)
10. DAVIDSON, G.C./
O'NEALE J.M. Klinische Psychologie
Urban und Schwarzenberg,
München (1979)
11. CLAUS, G./
EBNER, H. Grundlagen der Statistik
2. Auflage Deutsch Zürich (1975)
12. DEUTSCHE HAUPT- Alkoholismus
STELLE GEGEN DIE Eine Information für Ärzte
SUCHTGEFAHREN Deutscher Ärzte-Verlag Köln
(1980)
13. FEUERLEIN, W. Alkoholismus - Mißbrauch und
Abhängigkeit 2. Auflage
Thieme, Stuttgart (1977)
14. FEUERLEIN, W. Suicidale Verhaltensweisen
Psycho 7 (1980) 340-346

15. GAUPP, R. Über den Selbstmord
Amsterdam (1929)
16. GECK, K. Es ist keine Schande, Alko-
liker zu sein
Psycho 6 (1981) 415-423
17. GRUHLE, H.W. Selbstmord
Thieme, Leipzig (1940)
18. HARSCH, H. Alkoholismus, Schritte zur
Hilfe
2. Auflage, Kaiser, München
(1980)
19. HELLER, K./
ROSEMAN, B. Planung und Auswertung
empirischer Untersuchungen
Klett, Stuttgart (1974)
20. HUBER, G. Psychiatrie
2. Auflage, Schattauer,
Stuttgart-New York (1978)
21. KUEFFNER, H. Zur Persönlichkeit von
Alkoholabhängigen
Vortrag deutsche Hauptstelle
gegen Suchtgefahren
Bad Kissingen (1981)
unveröffentlichtes Manuskript
22. LEHRL, S./
GALLWITZ, A. Erlanger Depressionsskala
Reihe Psychopathometrie
Vless, Vaterstädten-
München (1977)

23. LUNGERSHAUSEN, E. Zur Nosologie suicidalen
Handlungen
Psycho / (1980) 336-339
24. POHL, H. et al. Projekt "Trinkverhalten
und Trinkprobleme"
Ergebnisbericht für die
Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung,
Köln (1974)
25. RIETH, E. Besonderheiten des Frauen-
alkoholismus
Das öffentliche Gesundheits-
wesen 39 (1977) 1-66
26. RINGEL, E. Der Selbstmordversuch
Mandrich
Wien- Düsseldorf (1953)
27. RINGEL, E. Selbstmordverhütung HUBER
(Hrsg.) Berlin - Stuttgart - Wien
(1969)
28. RUCH, F.L./ Lehrbuch der Psychologie
ZIMBARDO, P.G. 2. Auflage
Springer, Berlin-Heidelberg
(1975)
29. RUEGSEGG, P. Selbstmordversuche
Psychiatrie - Neurologie 146
(1963) 81-104

30. SIMSON, G. Die Suicidalität
Eine vergleichende Betrachtung
Beck, München (1976)
31. SCHNEIDER, R. Stationäre Behandlung von
Alkoholabhängigen
Röttger, München (1982)
32. SCHOLZ, H. etal. Beurteilung der Depressions-
tiefe bei chronischen Alko-
holikern
Psycho 6 (1980) 317
33. SCHULTE, W./ Psychiatrie
TÖLLE, R. Berlin - Heidelberg
4. Auflage Springer (1977)
34. STENGEL, E. Selbstmord und Selbstmord-
versuch
Fischer, Frankfurt (1969)
35. STRASSER, G.R.M. Zykllothyme Depression und
Suicidalität - Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungs-
beginn vor dem 40. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1976)
36. WEIG, W F.J. Zykllothyme Depression und
Suicidalität - Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungs-
beginn nach dem 40. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1976)

Lebenslauf

Am 23.10.1946 wurde ich als erste Tochter des Landwirts Evaggelos Andreadakis und seiner Ehefrau Alexandra, geborene Papaioannou in Thessaloniki/Griechenland geboren.

Schulbesuch:

Nach 6-jähriger Volksschulzeit in Thessaloniki, trat ich 1959 in das Naturwissenschaftliche Mädchengymnasium ein, wo ich 1964 das Apolyterion erhielt.

Studium:

Nach erfolgreicher Aufnahmeprüfung - Numerus clausus - konnte ich mich 1964 an der Medizinischen Fakultät der Aristoteles - Universität von Thessaloniki immatrikulieren lassen.

Am 27.03.1971 Staatsexamen.

Am 24.06.1971 Approbation.

Beruf:

Vom 28.06.1971 - 27.06.1972 Landärztin in Makrychorion/Larissa.

Vom 10.07.1972 - 21.07.1974 Psychiatrisches Krankenhaus/Thessaloniki.

Vom 06.09.1974 - 06.09.1975 Aristoteles - Universität - Nervenklinik - neurologische Abteilung -.

Am 16.12.1975 Staatsexamen griechische Anerkennung als Ärztin für Neurologie und Psychiatrie.

Vom 01.01.1976 - 15.08.1981 Nervenkrankenhaus Bayreuth des Bezirks Oberfranken.

Am 31.12.1980 Anerkennung als Ärztin für Neurologie und Psychiatrie (Bayerische Landesärztekammer).

Am 14.05.1981 deutsche Approbationsurkunde (durch das Bayerische Staatsministerium des Innern).

Juni 1981 Gesprächspsychotherapie nach ROGERS, (A.-SCHEIN).

01.10.1981 bis dato Fachärztin und Gruppentherapeutin an der Fachklinik auf der Egge in Oeventrop.

Privat:

Am 05.05.1973 heiratete ich meinen Mann und Fachkollegen Anastasios Charitantis.

Zwei Kinder: Basileios (geb. 12.09.73 in Thessaloniki) und Alexandra-Melina (geb. 15.04.77 in Bayreuth).

5760 Arnsberg 2 - Oeventrop, im Dezember 1983

